

Servicio Andaluz de Salud



PLAN ESTRATÉGICO

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

2004

**Edita**

© 2004 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](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud)

**Coordinadores**

Juan Goicoechea Salazar  
M<sup>a</sup> José Ariza Conejero

**Diseño**

Manigua s.l.

**Maquetación**

Forma Animada S.L.L.

**Depósito Legal**

SE-2620-2004



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

2004



# Índice

Acuerdo	9
1. Atención al usuario	12
1.1 Consentimiento informado	12
1.2 Participación ciudadana	12
1.3 Derechos y deberes de los usuarios	12
1.4 Confortabilidad de los centros	13
1.5 Centros libres de humo	13
1.6 Plan de acogida del usuario	14
1.7 Información	14
1.8 Reclamaciones	15
1.9 Accesibilidad a los servicios	15
1.10 Satisfacción de los usuarios	16
2. Gestión de producción asistencial	17
2.1 Cartera y oferta de servicios	17
2.2 Actividad asistencial	17
2.2.1 Consultas	18
2.2.2 Hospitalización	19
2.2.3 Área quirúrgica	19
2.2.4 Pruebas diagnósticas	20
2.2.5 Hospital de día	21
2.3 Políticas de salud	21
2.3.1 Planes intersectoriales	21
2.3.2 Planes integrales	21
2.3.3 Plan de actuación sobre el tabaquismo	23
2.3.4 Enfermedades transmisibles	23
2.3.5 Atención a la mujer y al niño	24
2.3.6 Reproducción asistida	25
2.3.7 Gestión medio ambiental	25
2.4 Procesos asistenciales y calidad asistencial	26
2.4.1 Procesos asistenciales	26
2.4.2 Programas de garantía de calidad	28
2.5 Cooperación asistencial	29
2.6 Unidades clínicas	29
2.7 Programas sectoriales	30
2.7.1 Salud mental	30
2.7.2 Programa de donación y trasplantes	31
2.7.3 Urgencias	31
2.7.4 Programa de hemoterapia	32
2.7.5 Plan integral de evaluación tecnológica	32
2.8 Actividad concertada	32
3. Promoción del uso racional del medicamento	33
4. Docencia e investigación	36
5. Gestión de los recursos humanos	37
6. Gestión económica	38
6.1 Gestión presupuestaria	38
6.2 Gestión del aprovisionamiento y bases logísticas	38
6.3 Gestión financiera	40
6.4 Contabilidad de Costes	40
6.5 Control del gasto por la Intervención Central del SAS	41
7. Inversiones	42
8. Financiación	43
9. Sistemas de información	44

# Índice de anexos

1. Atención al usuario • 49
2. Gestión de producción asistencial • 57
  - Actividad asistencial • 59
    - Consultas • 59
    - Hospitalización • 61
    - Área quirúrgica • 62
    - Pruebas diagnósticas • 65
    - Hospital de día • 67
  - Programas de salud • 68
    - Cáncer de mama • 68
    - Enfermedades transmisibles • 68
    - Detección de malos tratos • 69
    - Plan de atención a la mujer y al niño • 69
    - Reproducción Asistida • 71
  - Procesos asistenciales y calidad asistencial • 72
    - Normas Básicas de Calidad de los Procesos Asistenciales • 72
    - Programas de garantía de calidad • 83
  - Cooperación asistencial • 85
  - Programas sectoriales • 91
    - Salud mental • 91
    - Hemoterapia • 94
    - Programa de donación y trasplantes • 95
    - Urgencias • 96
    - Actividad concertada • 100
3. Promoción del uso racional del medicamento • 101
4. Docencia e investigación • 107
5. Gestión de los recursos humanos • 111
6. Gestión económica • 117
7. Sistemas de información • 121
8. Fichero de adquisición mensual de medicamentos en hospitales • 125
9. Fichero de consumo mensual de medicamentos en hospitales • 129
10. Prestación farmacéutica en instituciones hospitalarias • 133
11. Códigos y pesos de la cirugía mayor ambulatoria • 141
12. Códigos y pesos de la cirugía menor ambulatoria • 149
13. Códigos y pesos del hospital de día médico • 153
14. Códigos de las pruebas diagnósticas prioritarias • 157
15. Estancia media de los GDRs del estándar • 163
16. Modelo de Acuerdo de colaboración entre distritos y hospitales • 179
17. Códigos y poblaciones de los hospitales • 195
18. Modelo de acuerdo de gestión clínica • 199
19. Medidas específicas en el área quirúrgica • 231
20. Plan de actuación de accesos vasculares • 235







**En Sevilla, a 26 de Febrero de 2004**

## REUNIDOS

El Director Gerente del Servicio Andaluz de Salud (SAS), D. Juan Carlos Castro Alvarez y el/la Director/a Gerente del Hospital ....., D./D<sup>a</sup> .....

Acuerdan el siguiente

### CONTRATO PROGRAMA PARA EL AÑO 2004

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 SAS 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 se recoge en los Planes Andaluces de Salud II y III y en el Plan de Calidad.

El tercer 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 2003-2007. 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 (CP) es el instrumento de que se dota la Dirección Gerencia del SAS para establecer las actividades a realizar por cada uno de sus centros, los recursos de que dispondrá para ello así como el marco y dinámica de sus relaciones.

El presente CP 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 CP 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 2004.

El SAS 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 SAS, 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 CP y cuya información será enviada al Servicio de Información. Los listados, informes, guías y análisis solicitados en este CP serán enviados a las correspondientes Unidades de los Servicios Centrales (SSCC), a las cuales se facilitará además toda la actividad auditora, de evaluación y seguimiento.

El SAS implantará para el año 2004 un modelo de incentivos de sus directivos vinculado a la evaluación de este CP. 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 SAS, una vez finalizado el ejercicio y dentro del primer trimestre del ejercicio siguiente, su memoria anual, en la que se reflejarán de forma especial los diferentes aspectos contemplados en el presente CP, así como el resto de actividades y resultados obtenidos.

El presente CP entre el SAS 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 CP para el año 2004, 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 SAS, en reconocimiento del ciudadano como motor y centro del sistema, considera esencial el enfoque dinamizador y de modernización que representa adecuar la organización para conseguir un entorno de mayor satisfacción percibida por los usuarios, para lo cual se hace indispensable el desarrollo de las siguientes líneas:

### 1.1 Consentimiento Informado

El hospital dispondrá de un protocolo de información para que los pacientes reciban y comprendan la información necesaria antes de dar su consentimiento. El hospital debe seguir potenciando que los profesionales utilicen el consentimiento informado por escrito de forma adecuada, según la regulación vigente para los centros del SAS y adaptándose a la realidad sociocultural de los usuarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA).

En el primer semestre de 2004 el hospital revisará la adecuación de los procedimientos de consentimiento informado, incluyendo una evaluación de los modelos escritos (legibilidad, impacto emocional sobre usuarios, etc.) y readaptará los contenidos susceptibles de mejora.

### 1.2 Participación Ciudadana

El hospital seguirá potenciando la participación ciudadana en el marco de los objetivos del III Plan Andaluz de Salud. Como línea general del plan, el hospital tratará de acercarse a la comunidad, a través de los colectivos sociales organizados que en la actualidad estén dinamizando la vida social del territorio y que conozcan de forma cercana los problemas y percepciones de los ciudadanos. Este acercamiento cumplirá los objetivos de informar de nuestros servicios de forma transparente a los ciudadanos, de escuchar su opinión y posibilitar su participación para mejorarlos.

En el primer trimestre de 2004, el hospital censará o actualizará el censo de las organizaciones sociales con el objetivo de identificar con claridad las redes sociales constituidas en su territorio y conocer cuáles son los colectivos vivos y dinámicos de la zona.

Antes de finalizar el segundo trimestre, se realizará un día de puertas abiertas con los representantes de estos colectivos y de los de pacientes y de usuarios para dar a conocer las mejoras introducidas en los servicios en este último año y cuanta información resulte de interés para el usuario (listas de espera quirúrgicas, decreto de garantías sobre consultas externas, mejoras en la accesibilidad y confortabilidad, resultados de las encuestas de satisfacción, hospitalización domiciliaria, etc.). Se aprovecharán estos contactos para conocer las perspectivas e inquietudes de estos colectivos.

En cada hospital se constituirá al menos un grupo focal para conocer la opinión y expectativas de los usuarios sobre un tema específico relacionado con la gestión de los servicios del hospital. Antes de finalizar el cuarto trimestre se remitirá el informe final del grupo al Servicio de Atención al Usuario de los SSCC.

Adicionalmente, el hospital mantendrá un banco de medidas de mejora de las actuaciones vinculadas a la participación ciudadana. Trimestralmente seleccionará las medidas que se consideren más interesantes para comunicarlas a los SSCC y para darlas a conocer a las demás instituciones al objeto de que puedan ser utilizadas en otros centros del SSPA.

### 1.3 Derechos y Deberes de los usuarios.

El hospital seguirá trabajando en la difusión entre sus profesionales de los derechos y deberes de los usuarios, haciendo especial hincapié en garantizar que los profesionales dispongan de información adecuada sobre los mismos, así como de los requisitos y procedimientos de acceso. Asimismo garantizará que en todos los centros se siguen los procedimientos adecuados para que los usuarios puedan ejercer sus derechos en relación con el sistema sanitario reconocidos en la legislación vigente.

En las actividades de formación para sus profesionales, se incluirán temas relacionados con el marco jurídico y los valores que orientan el modelo de atención sanitaria del SSPA. Los cursos incluirán temas relacionados con los derechos y deberes de los usuarios y con las responsabilidades de los profesionales, priorizando la formación sobre "información", "documentación clínica" y "confidencialidad".

A lo largo del primer semestre de 2004 se revisarán las encuestas de satisfacción de 2003 así como el resto de fuentes de información sobre opinión de los usuarios (reclamaciones, grupos focales, etc.), y se realizarán las actuaciones oportunas de mejora.

### 1.4 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. Contará para ello con un "Plan de Actuación Hotelera" para mejorar las condiciones del entorno y la calidad de la residencia para los pacientes y acompañantes.

Durante 2004 desarrollará las actuaciones necesarias para aumentar la proporción de pacientes que utilizan una habitación de uso individual, especialmente para mujeres ingresadas por motivo de parto y pacientes en situación crítica o terminal.

Asimismo, se trabajará para mejorar los espacios destinados a la atención a los niños y sus acompañantes, adaptando progresivamente las habitaciones para su uso individual tal y como regule el futuro Decreto sobre la Atención Infantil.

El hospital deberá cumplir y mantener los estándares definidos en el marco del Plan de las Pequeñas Cosas 2003 y del Plan de Intimidad para todos sus centros, especialmente en los ámbitos de consultas externas y de los espacios de atención en los que no se pudieron alcanzar en el ejercicio anterior.

Durante el presente ejercicio, se establecerán también una serie de estándares referentes a cuestiones relacionadas con la imagen y confortabilidad de los centros y con aspectos de organización de la atención (régimen de visitas, uso de la televisión, atención telefónica, etc.) que inciden directamente en la calidad percibida por el usuario. Estos estándares serán comunicados formalmente al hospital durante el primer trimestre de 2004, junto a los correspondientes criterios de cumplimiento.

### 1.5 Centros Libres de humo

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.

Los hospitales incluirán expresamente en su normativa interna la prohibición de fumar en sus instalaciones sin excepciones y las posibles sanciones por su incumplimiento por parte de profesionales, usuarios y familiares.

Se garantizará un seguimiento continuo del proyecto "Centro libre de humo" a lo largo de todo el 2004 y del cumplimiento de sus objetivos. Especialmente en el primer semestre se desarrollarán estas acciones:

- Se incluirá entre los objetivos de los celadores y del personal de seguridad la intervención activa en el control del consumo de tabaco en el centro.
- Se realizará una valoración trimestral de los posibles puntos negros existentes en el centro (espacios donde aparecen colillas o restos del tabaco) y la comisión tendrá planteada una estrategia para su erradicación.
- Las reuniones laborales en el centro, el desarrollo de encuentros, jornadas o actividades de formación que se celebren en el centro estarán libres de humo y así se señalarán.
- A final de cada semestre se evaluará el cumplimiento del "decálogo de acciones para un centro sanitario libre de tabaco" y se remitirá un informe al Servicio de Atención al Usuario de los SSCC.
- Al final de cada semestre se evaluará el número de reclamaciones que tengan como motivo que profesionales, usuarios o familiares fumen en el centro.
- Al final de 2004 todas las entradas principales tendrán señalización corporativa de estar en un centro libre de humos.

#### 1.6 Plan de Acogida del Usuario

En el primer semestre de 2004 el SAS elaborará el "Plan de Acogida del Usuario" así como el "Plan de Acogida del Usuario Menor de Edad" en el centro sanitario, que se aplicarán en todos los centros del hospital a partir del segundo semestre.

En tanto se aprueban y desarrollan estos planes se evaluará el cumplimiento de las medidas específicas contempladas en ejercicios anteriores (situación inicial), con el fin de valorar el impacto de la aplicación de medidas de mejora.

#### 1.7 Información

El hospital dispondrá de guías de atención al usuario que estarán disponibles en las unidades de atención al usuario de sus centros. 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.

Los hospitales elaborarán también una guía para atender las necesidades de información de los usuarios de los centros periféricos de especialidades y consultas externas, que estará a disposición de los usuarios y se les entregará cuando la soliciten.

El resto de documentos de información que se elaboren en el hospital para entregar a usuarios (folletos, hojas informativas, etc.) deberán estar validados por la dirección. Se dará a conocer al paciente que ingresa quienes son el médico y la enfermera responsables de su proceso mientras dure el ingreso hospitalario.

Cada servicio tendrá fijados los lugares y horarios específicos para facilitar información sobre el estado de un paciente (a él mismo o a sus familiares autorizados) así como el responsable del proceso de información.

Todos los profesionales estarán identificados correctamente, mediante una tarjeta, durante su jornada laboral.

Estará protocolizada toda la información que se entrega al paciente al alta.

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 puedan identificarse fácilmente escribiendo junto a la firma su nombre y apellidos.

#### 1.8 Reclamaciones

A lo largo del 2004 el hospital seguirá mejorando la respuesta a las reclamaciones recibidas. Mantendrá la comisión de seguimiento de reclamaciones y sugerencias y aplicará el procedimiento escrito existente (circuitos, plazos y contenidos mínimos de las respuestas). La comisión realizará tantas sesiones como se estime necesario para realizar un correcto seguimiento de las mismas.

Se dará trato de reclamación a todo escrito recibido por cualquier vía donde se exprese una queja o malestar de un ciudadano.

El hospital se adaptará a los procedimientos incorporados por la Junta de Andalucía para la recogida y tratamiento electrónico de las reclamaciones.

Al finalizar el cuarto trimestre el hospital dispondrá de un estudio sobre la calidad de las respuestas emitidas y la evolución de las reclamaciones desagregado por motivos, tipo de profesional afectado y tipo de respuesta. Para ello elegirá una muestra de las contestaciones emitidas y hará un sondeo para confirmar el grado de satisfacción del usuario con la respuesta recibida.

El hospital arbitrará las medidas necesarias para dar a conocer al mayor número posible de servicios y de profesionales el resumen de las reclamaciones recibidas y de las mejoras introducidas gracias a las mismas. Este resumen se presentará en la Comisión de Dirección, en la Junta Facultativa y en la Junta de Enfermería y se dará lectura a aquellas reclamaciones más significativas y susceptibles de generar importantes actuaciones de mejora.

Los profesionales afectados en una reclamación conocerán la respuesta que la Dirección Gerencia haya remitido al reclamante.

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

En el primer semestre de 2004 la Consejería de Salud y el SAS analizarán la aplicación informática que impulsa la Inspección General de Servicios de la Consejería de Justicia y Administración Pública para recoger las reclamaciones y sugerencias que presenten los ciudadanos con relación a los servicios públicos de la Junta de Andalucía y establecerán el calendario de implantación en los centros sanitarios del SAS. El Hospital dispondrá las medidas necesarias para la puesta en marcha de esta aplicación.

#### 1.9 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.

#### 1.10 Satisfacción de los usuarios

A lo largo de 2004, el hospital facilitará la realización de las encuestas de satisfacción que anualmente se vienen realizando mediante el convenio SAS-CSIC (IESA) 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 en la gestión de los centros. En este sentido dispondrá los medios oportunos para la realización de las encuestas conforme a la metodología definida en el proyecto.

El hospital presentará los resultados de las encuestas de satisfacción a los profesionales de los servicios y unidades de gestión clínica.

En el primer trimestre elaborará y pondrá en marcha un plan de mejora en sus centros en función de los resultados de las encuestas de los dos últimos años. Este plan incluirá un análisis sobre la calidad percibida del servicio e incidirá en las medidas que permitan corregir aquellas variables cuya valoración haya sido significativamente baja en relación con el promedio de Andalucía.

El hospital garantizará que el proceso de entrega y de recogida de los cuestionarios autocumplimentables de valoración al alta hospitalaria garantice que el número de cuestionarios procesados trimestralmente sea como mínimo el 25% de las altas. El hospital analizará los resultados correspondientes proponiendo 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 para la organización de los servicios, siendo el desarrollo del modelo de atención sanitaria basada en la estructuración por procesos asistenciales el objetivo para la oferta de servicios. Para ello el hospital revisará y adaptará su oferta actual de servicios al desarrollo de dichos procesos.

Uno de los aspectos que garantizan la continuidad asistencial (intra e interniveles) lo constituyen los informes de continuidad de cuidados de los pacientes. Para ello el hospital desarrollará los mecanismos adecuados para la detección de casos y para la coordinación entre las enfermeras de atención especializada y primaria que permitan la planificación conjunta del alta de aquellos pacientes que precisarán cuidados complejos en el domicilio.

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 SAS.

En el proceso de solicitud de incorporación de servicios que requieran de nuevas tecnologías, el hospital aplicará el método GANT (Guía para la toma de decisiones en la incorporación y adquisición de nuevas tecnologías a los centros sanitarios de Andalucía), desarrollado por la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía.

El hospital actualizará y notificará a los SSCC del SAS las **Carteras Diagnóstica y Médico-Quirúrgica** de sus centros con carácter semestral o cuando se produzca cualquier variación, durante el 2004.

El hospital mantendrá durante 2004 una oferta de servicios que garantice como mínimo una **Cartera Básica** acorde con la regulada por el SAS para dicho ejercicio, además de la **oferta propia** que le corresponda según el nivel hospitalario que ostente. Cualquier derivación a otro hospital para procedimientos contenidos en su cartera deberá tener la autorización previa (o el visto bueno posterior en casos urgentes) de la Dirección General de Asistencia Sanitaria (DGAS).

### 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 patrón epidemiológico de manera que se de respuesta a las necesidades de la población, tanto en la cantidad como en la calidad de los servicios prestados.

El hospital deberá definir e implantar un protocolo de **coordinación interna** entre las distintas especialidades o unidades, que permita un uso más racional de los recursos y una atención más humanizada, superando los compartimentos estancos y fomentando la constitución de unidades funcionales que aborden mas eficazmente los procesos patológicos. Así mismo favorecerá una atención centrada en el paciente donde se le contemple de manera integral, asegurando que la asistencia también valora su respuesta de adaptación y afrontamiento a la situación de salud, para lograr mayor eficiencia en los resultados clínicos y en las expectativas del paciente.

El hospital establecerá los mecanismos necesarios para que su producción asistencial se ajuste al presente CP.

El hospital que disponga de programas extraordinarios realizados con financiación específica, ajustará el rendimiento de los desarrollados ordinariamente para la misma actividad, al menos al mismo nivel que aquellos.

### 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, seguirá impulsando el **sistema organizativo de consulta por acto único**, hasta conseguir que el 30% de los motivos de consulta se resuelvan mediante esta modalidad, especialmente los que presenten los pacientes con grandes discapacidades (inmovilizados, susceptibles de cuidados paliativos) y sus cuidadoras identificadas como tales. 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.

El hospital siempre tendrá programadas las agendas de sus consultas como mínimo para los seis meses siguientes (o para dos meses más de su demora máxima) y no desprogramará ninguna cita.

El hospital se dotará de los procedimientos de citación desde urgencias a consultas de especialistas y se coordinará con los distritos de Atención Primaria 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 de 60 días en las siguientes especialidades:

- Oncología Médica
- Obstetricia
- Hematología
- Otorrinolaringología
- Psiquiatría y Salud Mental
- Neumología
- Aparato Digestivo

- Medicina Interna
- Cirugía General y Aparato Digestivo
- Pediatría
- Urología
- Rehabilitación
- Dermatología
- Cardiología
- Traumatología y Cirugía Ortopédica
- Neurología
- Nefrología
- Endocrinología
- Ginecología
- Oftalmología

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

### 2.2.2 Hospitalización

El hospital ajustará su número de ingresos y el índice de utilización de estancias al objetivo establecido en este CP, 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 CP.

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 identificará, 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 impulsará 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.

El hospital deberá fomentar la disponibilidad de habitaciones individuales en áreas con bajos índices de ocupación, fundamentalmente en la maternoinfantil y se definirán áreas destinadas a la atención del paciente terminal, para preservación de la intimidad personal y familiar.

### 2.2.3 Área quirúrgica

**El hospital se ajustará a los** protocolos de indicación quirúrgica acordados entre las Sociedades Científicas y el SAS **y revisará las tasas de indicación de los procedimientos comparándose con los hospitales de su grupo y con su histórico.**

El hospital aumentará el total de actividad quirúrgica incrementando la cirugía mayor ambulatoria (CMA), la cirugía programada con ingreso y disminuyendo las intervenciones urgentes diferidas.

En el periodo 2001-2004, el hospital deberá dar respuesta en menos de 120 días, y al menos en el 97% de los casos, a las intervenciones quirúrgicas determinadas por la Consejería de Salud. En todo caso deberán intervenir antes de los 60 días la patología coronaria y la valvular y en menos de 120 días los procedimientos relacionados con la creación de un acceso vascular para diálisis renal. Estos procedimientos se recogen en el correspondiente anexo de este CP.

Además el hospital garantizará que durante el año 2004 **no haya ningún ciudadano en espera de una intervención quirúrgica por encima de 180 días**, para la totalidad de los procesos quirúrgicos contenidos en la Aplicación para la Gestión de la Demanda, con especial atención a los procedimientos relacionados con la planificación familiar. A tal fin se adjunta a este CP un plan específico de actuación para el centro.

En ningún caso podrá mantenerse a ningún paciente más de 180 días en situación de suspensión temporal salvo que se justifique convenientemente a la Dirección Regional del Producto Asistencial.

El hospital disminuirá el porcentaje de **intervenciones suspendidas** y la **estancia media preoperatoria** para las intervenciones programadas ajustándose a los objetivos establecidos en este CP.

El hospital tendrá una ratio de entradas/salidas del Registro de Demanda Quirúrgica inferior a uno.

A lo largo del año 2004 se seguirá publicando en la pagina Web del SAS la información e indicadores de actividad del Registro de Demanda Quirúrgica por procedimientos.

#### 2.2.4 Pruebas diagnósticas

Los procedimientos diagnósticos se abordarán con los mismos criterios de oferta y gestión que las consultas de especialidades, logrando una demora máxima de 30 días para los grupos de procedimientos siguientes:

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

El hospital siempre tendrá programadas las agendas de sus consultas diagnósticas como mínimo para los seis meses siguientes (o para dos meses más de su demora máxima) y no desprogramará ninguna cita salvo por causas excepcionales relacionadas con problemas de equipamiento.

### 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,
- CMA,
- Apoyo a la formación de los profesionales de Atención Primaria en técnicas de cirugía menor ambulatoria.

El hospital establecerá los mecanismos necesarios (que se contemplarán en el protocolo de coordinación interna) para asegurar la continuidad en el proceso asistencial entre las prestaciones desarrolladas en el ámbito del hospital de día 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 2004, 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**, garantizándose la anticoncepción de emergencia en urgencias.
- Aplicará las propuestas que se deriven de la operativización del **Plan de Empresas Saludables**.

### 2.3.2 Planes Integrales

#### Plan Integral de Oncología

Todos los hospitales que atienden a pacientes oncológicos (de especialidades y regionales) deberán cumplir los siguientes objetivos:

- En la historia clínica del paciente oncológico se reflejarán los aspectos comunes a los diferentes servicios y unidades por las que es atendido según criterios que se establecerán desde el Plan Integral de Oncología.
- Los hospitales deberán tener protocolizados los aspectos diagnósticos, terapéuticos, de seguimiento y derivación para, al menos, los tumores de mama, pulmón y digestivos.
- Deberán además establecer un modelo de unidad funcional para tumores de mama, pulmón y digestivos.

Durante el año 2004 los hospitales de La Inmaculada, Serranía de Ronda, Infanta Margarita, San Juan de la Cruz, Santa Ana, Baza y Osuna ofertarán en régimen de hospital de día médico tanto quimioterapia general como tratamientos citostáticos por vía parenteral según la cartera de servicios que se les autorice.

Cuidados paliativos a pacientes terminales.

- Los hospitales comarcales que a continuación se especifican, deberán establecer un acuerdo con sus hospitales de referencia para la autorización de unidades para el tratamiento paliativo de pacientes terminales de acuerdo con las normas básicas propuestas desde la DGAS. Estos acuerdos se establecerán durante el primer trimestre del 2004 entre:
  - H. Torrecárdenas con H. La Inmaculada
  - H. Reina Sofía con H. Infanta Margarita
  - H. Virgen de la Victoria con H. Serranía de Ronda y H. Costa del Sol
  - C.H. de Jaén con H. San Juan de la Cruz y H. San Agustín

Los hospitales que hubiesen establecido con anterioridad dicho acuerdo lo mantendrán durante el año 2004.

- Durante el primer trimestre de 2004 se establecerán acuerdos entre hospital y distrito que permitan la autorización e implantación de Unidades de Cuidados Paliativos para pacientes terminales de acuerdo con las normas básicas que se propondrán desde la DGAS.

Estos acuerdos afectarán a los hospitales Reina Sofía, San Juan de la Cruz, Baza, Virgen de la Victoria, Serranía de Ronda, Antequera, Osuna, Riotinto y Puerto Real.

### Plan Integral de Diabetes

#### Hospital de día médico.

Los centros hospitalarios potenciarán la atención en este ámbito para pacientes con diabetes que cumplan algunos de los siguientes criterios:

- Debut de DM1 sin descompensación aguda, en ausencia de cetoacidosis diabética, para su valoración inicial, comienzo del tratamiento insulínico y del plan de educación diabetológica intensivo.
- Inicio del tratamiento de mujer embarazada con diabetes.
- Descompensación/inestabilidad en el control de la diabetes sin complicación aguda.
- Inicio del tratamiento intensivo con bombas de infusión de insulina y atención a problemas intercurrentes que se puedan presentar en este tipo de terapia.
- Tratamiento del pie diabético de evolución tórpida. Pacientes que precisan curas diarias de úlceras o valoración/supervisión multidisciplinar. Sería el punto referente de contacto hospitalario para garantizar la continuidad asistencial y la coordinación entre todas las disciplinas implicadas.

#### Detección y Tratamiento de la retinopatía diabética.

Durante el primer trimestre del año 2004, los hospitales V. del Rocío, V. Macarena, Valme, Osuna, J. R. Jiménez, Infanta Elena, Riotinto y Puerto real establecerán acuerdos de colaboración con los distritos de Atención Primaria para la puesta en marcha y desarrollo del Programa de Detección de Retinopatía Diabética según los criterios que se establezcan desde el Plan Integral de Diabetes.

### **Coordinación entre hospitales.**

En el primer semestre de 2004 los hospitales regionales y de especialidades pondrán en marcha modelos de coordinación con los hospitales comarcales con el fin de organizar la atención a personas con diabetes, según las directrices que marque la DGAS. Existen situaciones en las que esta coordinación se hace especialmente necesaria:

- Tratamiento con Bomba de Infusión Continua de Insulina (BICI)
- Atención al niño con diabetes
- Planificación de embarazo en la mujer con diabetes
- Atención a la mujer embarazada con diabetes
- Valoración multidisciplinar del pie diabético de evolución tórpida
- Atención psicológica específica para los casos de niños y adolescentes con diabetes, y padres de niños con diabetes.

### **Otros Planes Integrales**

Durante el año 2004 el hospital irá implantando aquellos planes integrales que se hayan diseñado para el SSPA.

#### **2.3.3 Plan de Actuación sobre el Tabaquismo**

A lo largo de 2004 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 2004 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 SAS 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 2004 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 2004 el hospital continuará desarrollando en todos sus centros sanitarios el Programa de Atención al VIH/SIDA contenido en el Mapa de Procesos Asistenciales del SSPA, 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 2004 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 2004 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, consolidando y **ampliando la oferta de analgesia epidural en el parto**.

El hospital desarrollará las actuaciones del programa de **metaboloopatías**, 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 primer semestre del 2004 se implantará el Programa de Hipoacusia Infantil que va a ser distribuido por la Consejería de Salud y el SAS, en los siguientes hospitales: La Inmaculada, Puerto Real, Jerez, San Cecilio, Virgen del Rocío, Virgen de Valme y Juan Ramón Jiménez.

A lo largo del 2004 se implantará dicho programa en los siguientes hospitales: Algeciras, La Línea, Infanta Margarita, Infanta Elena, Riotinto, San Agustín, San Juan de la Cruz y Serranía de Ronda.

### 2.3.6 Reproducción Asistida

A lo largo de 2004, la oferta de técnicas de reproducción humana asistida se ampliará para garantizar el acceso de forma más equitativa a este tipo de tratamientos siguiendo las recomendaciones contenidas en la Guía de Reproducción Humana Asistida del SAS, que se distribuirá en el primer trimestre del año desde la DGAS. Asimismo, se implantará un registro unificado en relación con la demanda y realización de técnicas de reproducción asistida en el primer trimestre de 2004, de forma que permita un seguimiento de cada paciente por el sistema, comprometiéndose el hospital a su cumplimentación, mantenimiento y actualización.

A comienzos de 2004, el estudio básico de esterilidad, según se define en la mencionada guía, estará disponible en todas las áreas hospitalarias, garantizándose la accesibilidad a este servicio al 100% de las parejas demandantes. Asimismo, para aquellas parejas que así lo requieran según indicación facultativa, la oferta de tratamiento médico, sin incluir técnicas específicas de reproducción asistida, estará disponible en todas las áreas hospitalarias.

En el primer semestre de 2004, los hospitales del anexo correspondiente ofertarán técnicas básicas de reproducción asistida (inseminación artificial), de forma que se garantice, en el segundo semestre de 2004, un plazo de respuesta de inicio de esta técnica inferior a 6 meses tras su indicación facultativa. En cuanto a las técnicas avanzadas (FIV/ICSI), el SAS aumentará la oferta territorial existente, debiendo aumentar su rendimiento los hospitales con unidades ya existentes (ver anexo correspondiente).

### 2.3.7 Gestión Medioambiental

A lo largo del 2004 se aplicarán las propuestas contenidas en el **Plan de Hospitales Sostenibles**, en especial el uso de energías alternativas.

A lo largo de 2004 el SAS garantizará la aplicación en sus centros asistenciales de la normativa sobre **prevención y control de la legionelosis**.

El SAS desarrollará lo largo del 2004, un Sistema de Gestión Medioambiental corporativo aplicable a toda la organización. Para ello, en el primer semestre del año, desarrollará toda la infraestructura y documentación necesaria para su implantación en todos los niveles de la organización.

En el segundo semestre del año, todos los centros dependientes del SAS deberán tener identificados y evaluados todos los aspectos medioambientales, relacionados con la prestación de sus servicios, capaces de interactuar con el medio ambiente. Consecuentemente se habrán desarrollado los procedimientos necesarios para su adecuada gestión.

En el ámbito del Sistema de Gestión Ambiental Corporativo, el SAS unificará, al menos, el procedimiento de gestión de los residuos en todos sus centros que incluirá un programa de minimización de los mismos, al tiempo que procederá a su implantación completa en los centros que se designen oportunamente desde la DGAS.

El hospital asegurará la recogida de los indicadores básicos para la gestión de los residuos sanitarios.

El hospital asegurará la creación de comisiones de gestión ambiental para la implantación del Sistema de Gestión Ambiental Corporativo del Sistema de Salud Andaluz.

#### 2.4 Procesos asistenciales y calidad asistencial

El SAS 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, a partir de las líneas establecidas por el Plan Marco de Calidad y Eficiencia de la Consejería de Salud y de las directrices que se remitan desde la DGAS, 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 SSCC del SAS para su aprobación en caso de no haber sido remitido con anterioridad.

##### 2.4.1 Procesos asistenciales

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 SSPA.

#### Gestión de procesos asistenciales

Durante 2004 el hospital, a través de los servicios implicados, participará en la implantación de nuevos procesos asistenciales en coordinación con los distritos sanitarios, hasta alcanzar un mínimo de 14 procesos asistenciales en el área hospitalaria, siguiendo la metodología contemplada en la Guía de diseño y mejora continua de Procesos del SSPA, y las directrices dadas desde la DGAS del SAS.

Se implantarán los procesos asistenciales incluidos en los Acuerdos de Colaboración Interniveles de 2004 y se priorizarán de entre los nuevos, los vinculados a los Planes Integrales Autonómicos (Oncológico, Enfermedades Cardíacas, Diabetes, Salud Mental y Accidentabilidad) así como la EPOC y demencias.

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

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

El hospital, incentivará y facilitará la participación de los profesionales en las tareas de implantación de los procesos asistenciales en el área hospitalaria.

El hospital elaborará un plan de comunicación interno para difundir entre los profesionales implicados, toda la información relacionada con la implantación de los procesos asistenciales (documentación, formación, arquitectura nivel 4, y aspectos metodológicos y organizativos).

Dentro del plan de formación para 2004, el hospital incorporará las necesidades de formación para cada proceso asistencial así como el calendario de reuniones organizativas previstas.

#### **Procesos asistenciales (Mapa 1)**

- Ataque cerebrovascular
- Atención al enfermo pluripatológico
- Cáncer de cervix / útero
- Cáncer de mama
- Catarata
- Cefaleas
- Colelitiasis / colecistitis
- Cuidados paliativos
- Demencias
- Diabetes mellitus 1 y 2
- Dolor abdominal
- Dolor torácico
- Embarazo parto y puerperio
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- Fractura de cadera
- Hiperplasia benigna / cáncer de próstata
- Insuficiencia cardíaca
- Patología osteoarticular crónica
- Síndrome ansioso depresivo
- Trasplante hepático
- VIH/SIDA

#### **Procesos asistenciales (Mapa 2)**

- Amigdalectomía /adenoidectomía
- Anemias
- Arritmias
- Artroplastia de cadera
- Asma del adulto
- Asma en edad pediátrica
- Atención al traumatismo potencialmente grave
- Cáncer colorectal
- Cáncer de piel
- Disfonía
- Disfunción tiroidea
- Dispepsia
- Hemorragias uterinas anormales
- Hepatitis vírica
- Hernias abdominales
- Insuficiencia venosa crónica
- Otitis media

- Síndrome febril de larga duración
- Síndrome febril en el niño
- Trastornos conductas alimentarias
- Trastorno mental grave
- Trasplante cardíaco
- Trasplante pulmonar
- Trasplante renal
- Trasplante páncreas

#### **Procesos de soporte**

- Bloque quirúrgico
- Técnicas de imagen
- Laboratorio

#### **Normas básicas de calidad por proceso. Cumplimiento y Evaluación**

El hospital en el año 2004 adoptará las medidas oportunas para hacer efectivas las Normas Básicas de Calidad definidas los procesos asistenciales recogidas en el correspondiente anexo de este CP y adoptará las medidas necesarias para evaluar su cumplimiento. Para ello realizará durante 2004 una auditoría de las normas de calidad de al menos 5 de los procesos asistenciales priorizados, con los criterios definidos en el protocolo que se facilite desde la DGAS.

El hospital y los distritos sanitarios del área dispondrán de un cuadro de mando conjunto que permita monitorizar el cumplimiento de las normas de calidad de los procesos asistenciales priorizados.

#### **Desarrollo de grupos de mejora**

El hospital impulsará a lo largo del año 2004, el desarrollo de grupos de mejora y de otras estructuras informales de calidad de carácter local e internivel como elementos de soporte y apoyo a la estrategia de calidad, según se establece en la Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales del SSPA.

Deberá existir constancia mediante actas de los problemas abordados por los grupos de mejora con el análisis de las causas y con las propuestas de medidas de mejora para su implantación.

#### **2.4.2 Programas de garantía de calidad**

El hospital evaluará durante el 2004 el grado de implantación y desarrollo en sus centros de las distintas líneas estratégicas del **Plan de Calidad del SSPA**.

Además de los objetivos y actuaciones inherentes al desarrollo de una asistencia sanitaria de calidad, contemplados en otros apartados de este CP y relacionados con los objetivos intermedios antes enunciados, el hospital desarrollará las siguientes actuaciones:

#### **Comisiones hospitalarias**

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

Las Comisiones correspondientes elaborarán un informe resumen del año 2004 en el que analizarán, evaluarán y elaborarán conclusiones 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 cumplimentación de las historias clínicas, correlaciones diagnósticas

anatomoclínicas, uso racional de la sangre, uso racional de la alta tecnología diagnóstica, atención integral del niño hospitalizado y nivel de desarrollo de la investigación.

#### **Vigilancia y control de infecciones nosocomiales**

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

#### **Sistema de Hemovigilancia**

Durante el 2004 se promoverá y mantendrá el correcto funcionamiento del sistema de hemovigilancia, facilitando y apoyando la comunicación de reacciones adversas en todos los servicios donde se realizan transfusiones y controlando los riesgos o situaciones anómalas detectadas.

#### **Utilización de Hormona del Crecimiento**

Los hospitales recogidos en el correspondiente anexo de este CP, enviarán a los SSCC del SAS 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 SAS y las correspondientes Sociedades Científicas.

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

Los hospitales que dispongan de **registro hospitalario de tumores** seguirán manteniéndolo.

### 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 SSCC del SAS antes del 30 de Abril.

### 2.6 Unidades clínicas

La participación de los profesionales se configura como uno de los principales objetivos del SAS. El hospital desarrollará mecanismos que posibiliten la transferencia de niveles de decisión y de responsabilidad en la gestión a las diferentes Unidades.

A lo largo de 2004 el SAS continuará impulsando el desarrollo de Unidades de Gestión Clínica, enfocadas a la gestión integral de los procesos, potenciando especialmente aquellas que incluyan diferentes especialidades, servicios o niveles asistenciales, y que añadan valor al proceso asistencial.

El SAS tomará las medidas adecuadas para orientar las Unidades de Gestión Clínica 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 "Acuerdo de Gestión 2004" elaborado a tal fin (Anexo a este CP).

Los SSCC del SAS podrán auditar las Unidades Clínicas 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 con trastorno mental grave.
- Mejora de la atención a niños y adolescentes.
- Informatización de los servicios de salud mental.

#### **Ordenación de la demanda**

El hospital establecerá un plan de calidad junto con los dispositivos de Atención Primaria que fomente la coordinación interniveles. Se incrementará la capacidad de resolución de los Equipos de Salud Mental Comunitarios 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 un número de visitas domiciliarias equivalente al 8% del total de consultas.

Se considerará prioritaria la implantación a lo largo del año 2004 de los PAI "Ansiedad, Depresión y Somatizaciones", "Trastorno mental grave" y "Trastorno de la conducta alimentaria", como elementos favorecedores 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.

Se mejorará la calidad asistencial en las unidades de hospitalización de salud mental:

- Se elaborarán los protocolos de "Atención al paciente con agitación psicomotriz y prevención de agresiones", y de "Prevención del suicidio".
- La terapia electroconvulsiva y la contención mecánica se aplicarán según los protocolos establecidos.
- El hospital mantendrá la estancia media para pacientes psicóticos en el estándar de 18 días.

### **Atención a los niños y adolescentes**

El hospital fomentará la cooperación con los pediatras de Atención Primaria para la derivación directa de pacientes a la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de referencia en función de criterios previamente consensuados.

El hospital mantendrá los 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 generalizados del desarrollo; c) Trastornos de conducta en adolescentes y d) Trastornos de la conducta alimentaria.

A lo largo del año, se desarrollarán cursos de formación con contenido en gestión de casos destinados al personal de enfermería de salud mental para mejorar la atención a los pacientes con trastorno mental grave y a sus cuidadores, incrementar la actividad y el seguimiento de estos pacientes en su domicilio y garantizar la continuidad de cuidados.

### **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 CP, el hospital:

- Asegurará el seguimiento actualizado del "Registro de pacientes con insuficiencia renal crónica de Andalucía" y del "Programa de garantía de calidad de la hemodiálisis en Andalucía", así como de los demás registros de la Coordinación Autonómica de Trasplantes.
- Impulsará y ampliará el número de pacientes en diálisis peritoneal crónica ambulatoria.
- Potenciará e incrementará el uso de implantes de tejidos humanos en sustitución de otros materiales de la industria farmacéutica.
- Garantizará la reducción de los tiempos de espera para la realización de acceso vascular y su seguimiento. A tal fin, se adjunta a este CP un plan específico de actuación para el centro.

#### **2.7.3 Urgencias**

El servicio de urgencias del hospital trabajará conjuntamente con los dispositivos de cuidados críticos y urgencias de Atención Primaria 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.

El hospital identificará a las personas atendidas en urgencias por reagudizaciones de procesos crónicos y a los hiperfrecuentadores del servicio para su comunicación al EBAP.

#### 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, 9ª Edición del 2000), así como a toda la evidencia científica existente en la materia.

Los hospitales regionales y de especialidades procederán a la designación de un **responsable de banco hospitalario** que se comunicará a la DGAS.

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

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

El hospital impulsará o mantendrá en su caso durante 2004 la **acreditación** del banco de sangre.

El hospital notificará a través de su responsable hospitalario de los efectos adversos debidos a la transfusión al responsable provincial del **Sistema de Hemovigilancia**.

El hospital garantizará el funcionamiento de la **Comisión Hospitalaria de Transfusión** (Circular 3/90 del SAS).

#### 2.7.5 Plan Integral de Evaluación Tecnológica

El hospital implantará aquellas actuaciones correspondientes a su ámbito de las contempladas en el Plan Integral de Evaluación Tecnológica, definido por la Consejería de Salud, el SAS y la Agencia de Calidad Sanitaria.

#### 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 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 CP 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 SAS, tendentes a conseguir la utilización de los medicamentos más eficaces y eficientes y lograr, de esta forma, que el gasto por habitante del SAS 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 SAS) y la falta de información que, sobre las prescripciones realizadas, representa este hecho.

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 SAS, podrán ser entregados al paciente en la cantidad precisa para 24 horas.

3.6 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 SAS. En este sentido, aquellos hospitales que tengan informatizadas las urgencias e implantado el módulo de Diraya, realizarán inexcusablemente el 100% de estas prescripciones, por procedimientos informáticos, en receta oficial.

3.7 Los hospitales 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".

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

3.9 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, facilitarán a los facultativos información sobre la evolución del indicador por dicho concepto.

3.10 El hospital continuará realizando **sesiones con los servicios médicos** para explicar los objetivos contenidos en el CP referentes al capítulo de farmacia, haciendo especial hincapié en todo lo relacionado con las **prescripciones a través de receta médica**, con la participación directa de la Dirección Gerencia del centro. Cada hospital, levantará acta de cada una de estas reuniones y enviará mensualmente al Servicio de Suministros Farmacéuticos, en el documento que se determine, el nombre, cargo y unidad a la que pertenezcan cada uno de los presentes en dicha reunión.

3.11 Continuando con la promoción del uso racional del medicamento prescrito a través de receta, los hospitales impulsarán entre sus facultativos la elección de omeprazol frente al resto de inhibidores de la bomba de protones (IBP), de ibuprofeno, diclofenaco y naproxeno frente al resto de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), de pravastatina, simvastatina y lovastatina frente al resto de estatinas y de ácido acetil salicílico frente al resto de antiagregantes plaquetarios. 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", "porcentaje de prescripción de (DDD) de pravastatina, simvastatina y lovastatina frente al total de DDD prescritas de estatinas" y "porcentaje de prescripción de (DDD) de ácido acetil salicílico y clopidogrel frente al total de DDD prescritas de antiagregantes plaquetarios".

3.12 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 CP.

3.13 Las **adquisiciones de medicamentos** se adecuarán, estrictamente, a las directrices y procedimientos establecidos en la Resolución 14/1997, de 8 de Julio, del SAS.

3.14 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:

- Cuidará de que la comisión de farmacia y terapéutica siga estrictamente la metodología de la Guía para la Inclusión de Fármacos (GINF) 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.
- Velará porque se tengan 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 el hospital, deberá 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 DGAS.

3.15 En cuanto a la preparación de medicamentos, el hospital adecuará sus instalaciones y procedimientos a lo indicado en el Real Decreto 175/2001, de 23 de febrero (BOE nº65, de 16 de Marzo), por el que se aprueban las normas de correcta elaboración y control de calidad de fórmulas magistrales y preparados oficinales. En este contexto, los hospitales irán reorganizando e implantando las unidades centralizadas de Mezclas IV incluyendo las Unidades Centralizadas de Preparación de Citostáticos.

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

El hospital establecerá una estrategia de prescripción y utilización como "equivalentes terapéuticos" en, al menos dos grupos terapéuticos, cuyos principios activos sean susceptibles de ello, elaborando los correspondientes informes, de los que se remitirá copia al Servicio de Suministros Farmacéuticos de la Subdirección de Farmacia y Prestaciones.

3.17 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.

3.18 El hospital seguirá adoptando las medidas necesarias para el correcto cumplimiento de la circular del SAS 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.

3.19 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 que resultan en una dispensación en el hospital como las realizadas a pacientes externos a través de receta. Para ello, además de otros medios explotarán la información que sobre prescripción en recetas se obtienen con el programa informático Microstrategy de la aplicación Farma.

3.20 El hospital seguirá optimizando, 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.

3.21 El hospital cumplimentará y enviará, **antes del día 15 del mes siguiente**, al Servicio de Suministros Farmacéuticos, en formato web, 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.

3.22 Con el fin de establecer un sistema de información homogéneo sobre adquisiciones y consumos de medicamentos en todo el SAS, el hospital adaptará sus programas informáticos de gestión de medicamentos a los requerimientos que estos SSCC determinen.

## 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 2004,
- Atención al cliente,
- Gestión clínica,
- Cuidados de enfermería,
- Uso racional de medios diagnósticos,
- Sensibilización y concienciación en aspectos ambientales y gestión Medioambiental,
- Infecciones nosocomiales,
- Uso racional del medicamento y medios tecnológicos terapéuticos,
- Sistemas de información,
- Gestión de compras,
- Prevención de riesgos laborales,
- Investigación cuantitativa y cualitativa.

Asimismo, el hospital velará por la calidad de la enseñanza práctica de **pregrado y postgrado** que imparte en el ámbito de las ciencias de la salud.

4.2 A lo largo del 2004 los hospitales adaptarán sus estructuras organizativas de investigación al **Plan Autonómico de Estructuras de Investigación**.

A lo largo del 2004 al menos el 30% de los miembros de las Comisiones de Ética e Investigación de los hospitales acreditarán tener formación específica en esta área.

En el primer semestre de 2004 los **Comités Locales de Ensayos Clínicos** de los centros sanitarios del SAS incorporarán en su actividad el protocolo específico de seguimiento de los ensayos clínicos aprobados.

En el primer trimestre de 2004 estará operativo el Banco de Líneas Celulares en los hospitales Virgen de las Nieves y San Cecilio de Granada.

A lo largo del 2004 las Unidades de Investigación de los hospitales se acreditarán siguiendo el calendario establecido de acuerdo con la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

En el segundo semestre del 2004 se incorporará el proceso Investigador definido por la Consejería y el SAS en el primer semestre.

4.3 El hospital a lo largo del 2004 asegurará que sus enfermeras realicen publicaciones científicas y participen en foros nacionales con ponencias y comunicaciones.

## 5. Gestión de recursos humanos

El contrato Programa Consejería de Salud - SAS engloba todas las acciones dirigidas a una eficaz y eficiente **gestión de las personas** implicadas en la prestación de los servicios sanitarios por lo que abarca desde la planificación, optimización y correcta asignación de los recursos humanos, hasta el análisis y satisfacción de sus necesidades y expectativas (formación, incentivos, comunicación...) para un mejor desempeño de su labor.

En el SAS estamos comprometidos con el desarrollo de nuestros profesionales, pretendemos propiciar la mejor atención sanitaria a través de garantizar el mejor desarrollo competencial, pues constituye una realidad que el pilar fundamental en que se basa la mejora continua, es el inmenso potencial que poseen las personas.

Desde el plan de trabajo de la Dirección General de Personal, diseñado para su desarrollo entre el 2001-2004, estamos trabajando para hacer tangible este objetivo prioritario, enmarcado en el Acuerdo de 21 de noviembre del 2002 de la Mesa Sectorial de Negociación de Sanidad sobre política de personal para el ejercicio 2003 a 2005, políticas de personal que van a permitir trasladar certeza, objetividad, participación y transparencia a las relaciones entre el SAS y sus profesionales.

El desarrollo y concreción de este **Acuerdo** va a tener una gran trascendencia, mucho más allá del propio horizonte temporal del mismo (2003-2005). Permitirá dar respuesta a todas las cuestiones en política de personal, pero sin renunciar a elementos nucleares de la Política Sanitaria de Andalucía tales como:

La orientación al ciudadano como aspecto clave e irrenunciable de todas las políticas de Salud en Andalucía:

- Garantizando la continuidad asistencial entre los distintos niveles de atención y la mejora continua de la calidad.
- Mejorando la accesibilidad a los servicios.

**La eficiencia técnica, económica y social, como respuesta al importante volumen de recursos que la sociedad pone bajo nuestra responsabilidad.**

**La mejora de la motivación e implicación de sus profesionales como elemento indispensable y fundamental para conseguir los aspectos anteriores.**

Su trascendencia viene determinada por su carácter integral, sobre todos los aspectos de política de personal de una organización moderna (selección temporal y fija y de puestos de estructura, homogeneización de la jornada y gestión de turnos, aplicación de la directiva 93/104 de ordenación de tiempo de trabajo, un nuevo marco retributivo, análisis de plantillas y categorías, reorganización de los servicios de salud mental, centros regionales de transfusiones sanguíneas, urgencias y trasplantes, y un modelo de desarrollo profesional basado en la acreditación de competencias profesionales de conocimiento, habilidad y actitud, necesarias en cada puesto de trabajo, y finalmente la mejora de la Salud Laboral y la Prevención de riesgos laborales.

Este Acuerdo supone un considerable aumento salarial y, lo más importante, el nuevo modelo retributivo reconocerá el esfuerzo del equipo y de cada profesional.

Estamos trabajando en el desarrollo de una **Gestión Integral de Profesionales**, basada en la gestión por competencias y la evaluación del desempeño, abriendo las puertas a un nuevo modelo de relaciones laborales y preparando a la organización para el futuro.

**En definitiva, en el SAS vamos a trabajar para que los profesionales se sientan orgullosos de pertenecer al mismo. Este es nuestro compromiso y el reto de todos.**

## 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 2004 el hospital deberá realizar las acciones necesarias que le lleven a conseguir los resultados fijados en este CP.

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 SAS.

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 del aprovisionamiento y bases logísticas (hospitales y distritos).

Durante el año 2004 el SAS consolidará la implantación de las herramientas corporativas ya existentes e impulsará la de otras nuevas dirigidas al desarrollo del modelo de ciclo completo de aprovisionamiento y logística del SSPA.

Con este objeto se propiciará la implementación de nuevas utilidades que permitan potenciar el uso y aplicaciones, en el entorno digital de Intra e Internet, de:

- **Catálogo de Productos y Materiales de consumo**, como medio para identificar y soporte para describir las especificaciones técnicas de los productos que desea adquirir cualquiera de los centros que configuran el SAS.
- **Banco de Productos y Materiales de consumo**, como puerta única de entrada de los productos al mercado interno del SAS.
- **Publiline**, como herramienta de acceso al mercado, y por tanto de relación entre demandantes y proveedores.
- **Revista de compras**, como instrumento de difusión y acceso a la **Base de Datos de Compras** del SSPA y canal de comunicación de iniciativas en materia de compras y logística.

Los centros del SAS 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 materia de identificación de productos:

- i) Conforme a las instrucciones vigentes, los hospitales y distritos, en su relación con los proveedores, identificarán los productos objeto de transacción, única y exclusivamente mediante la pauta definida por el Estándar Corporativo de Identificación (Código SAS y Código CIP). Así, en cualquiera de los documentos necesarios para la contratación del suministro de estos productos, por cualquiera de sus procedimientos, los artículos que constituyen el objeto en licitación se identificarán y representarán mediante el Código SAS, y los que lo hagan en el ámbito de la adjudicación también mediante su Código CIP, especialmente si el producto estuviera incluido dentro del ámbito de empleo obligatorio CIP.
- ii) Integrarán el ámbito de empleo obligatorio CIP el conjunto de productos asociados a los subgrupos que hubieran sido objeto de Concurso de Determinación de Tipo, con independencia de que los artículos allí contenidos hubieran sido licitados y/o adjudicados. Estos productos son los que se incluyen en las secciones Homologados DT y Certificados de la Base de Datos de Compras, accesibles desde la Revista de Compras.
- iii) La misma obligación de identificación y representación se extiende a cualquier documento o medio empleado para formalizar las transacciones de compra (pedidos, albaranes, ...) y facturación. Para dar cumplimiento de lo establecido en los correspondientes contratos de Adopción de Tipo y en la Resolución de 17 de junio de 2003 del Director Gerente (BOJA nº 124, de 1 de julio), el Código CIP deberá ser exigido en todas las compras de productos incluidos en el ámbito de empleo obligatorio CIP.
- iv) Con la máxima urgencia, y siempre antes del 30 de abril de 2004, los hospitales y distritos deberán haber introducido en sus correspondientes aplicativos de soporte de los sistemas de información y gestión de compras y logística, la pauta definida en el Estándar Corporativo de Identificación (Código SAS y Código CIP).
- v) Antes del 31 de marzo de 2004, los hospitales y distritos habrán identificado y marcado en el aplicativo de gestión del Catálogo de Productos y Materiales de consumo, aquéllos que se consumen en su ámbito de competencias.

Al finalizar la vigencia del presente CP todos los hospitales y distritos habrán incluido 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 tendrán definido un sistema de información para el seguimiento de su ejecución.

De igual modo, al cierre del ejercicio 2004, todos los centros del SAS realizarán al menos 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 habrán alcanzado el objetivo en su totalidad.

### 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 2004, como objetivos prioritarios en el marco de la Tesorería: la potenciación del procedimiento de liquidación de derechos y análisis de las demoras en la tramitación de liquidaciones, mediante la utilización del módulo que a tal efecto se ha desarrollado en el Sistema Unificado de Recursos (S.U.R.) de la Junta de Andalucía, y la reducción del periodo de disposición - para pago - en ámbito de Tesorería, o Gestor Pagador en caso de que se liquiden por el centro, de las obligaciones a pagar. Todo ello, integrado en el marco de una Unidad que realice las funciones de Tesorería - Ingresos y Pagos - del Órgano Gestor.

Objetivos de Ingresos:

- Cada centro deberá alcanzar una liquidación notificada equivalente al valor en euros que figura en el anexo de objetivos dentro de la Línea de Acción 1.5. "Servicio y asistencia a no beneficiarios".

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 2004 son los siguientes:

- Elaboración y remisión a SSCC del Coan- hyd 2003 antes del 15 de abril 2004 con los requisitos de calidad siguientes:
- El mapa del hospital incorporado en el coan- hyd debe reflejar la realidad del mismo, en cuanto a centros de responsabilidad y líneas funcionales pertinentes: hospitalización, consultas externas, CMA, CMC, HDM, urgencias no ingresadas, sesiones, etc.
- Direccionamiento correcto de costes, actividad e interconsumos a los centros de responsabilidad y cada una de sus líneas funcionales, previa organización de los sistemas de información del hospital, para incorporar el máximo de datos de manera automatizada.

Los objetivos que se pacten con los centros de responsabilidad y/o unidades clínicas concretados en su presupuesto clínico y operativo deberán estructurarse siguiendo el formato incorporado en el programa de Contabilidad Coan - hyd.

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



#### 6.5. Control del gasto por la Intervención Central del SAS

Durante el año 2004 se va a implantar por la Intervención General de la Junta de Andalucía el control financiero permanente, sobre la base del Acuerdo de Consejo de Gobierno, de 25 de noviembre de 2003. Conforme a dicho Acuerdo, la Intervención Central, como órgano encargado de velar por el cumplimiento de la legalidad económico - presupuestaria y contable en el SAS, elevará a la Dirección Gerencia del Organismo informes periódicos sobre su cumplimiento en los hospitales, áreas sanitarias, distritos de atención primaria y C.R.T.S.

El Organismo propondrá a la Intervención Central que, en los programas de trabajo para la realización de las correspondientes auditorías, se incluya un seguimiento especial de los principales objetivos del área económica, tales como la regularidad de ejecución presupuestaria y contabilización de obligaciones en tiempo y forma, la gestión correcta y ordenada en las compras de bienes y servicios, especialmente los sometidos a concurso de determinación de tipos, de acuerdo con las normas internas del Organismo, así como el estricto cumplimiento de la legislación sobre contratación administrativa, y de los procedimientos y formas de adjudicación que en cada caso procedan.

Por otra parte, conforme a la previsión contenida en el referido Acuerdo de Consejo de Gobierno, los responsables de los centros auditados deberán subsanar las deficiencias puestas de manifiesto en los informes de control realizados por las Intervenciones, así como implantar las recomendaciones plasmadas en los mismos. La Dirección Gerencia del Organismo vigilará el cumplimiento de esta norma, salvo en los casos en que, por razones justificadas, la discrepancia deba someterse por los cauces reglamentarios a la consideración del propio Consejo de Gobierno.

## 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 2004 el hospital pondrá en vigor un plan de actuación para adaptar a normativa su infraestructura.

Asimismo, en el año 2004, el hospital actualizará el catálogo técnico de su infraestructura (edificios e instalaciones industriales), en colaboración con la Subdirección de Inversiones de los SSCC del SAS.

El hospital deberá adecuar sus sistemas de información para mantener un inventario y un sistema de gestión del equipamiento electromédico, a fin de permitir el mantenimiento preventivo de todos sus equipamientos, 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 SAS.

El mantenimiento de equipamiento electromédico cuya gestión económico-administrativa se desarrolló durante la mayor parte del ejercicio 2003 desde la Subdirección de Inversiones, se realizará por los respectivos centros de gasto, con cargo a sus propias dotaciones presupuestarias.

## 8. Financiación

Se entiende como financiación la asignación presupuestaria que la Dirección del SAS 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 SAS 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 CP:

- El marco financiero elaborado para este hospital debe ser considerado como definitivo para el ejercicio del año 2004.
- Los recursos financieros asignados al hospital para el año 2004 se detallan en la cuenta de ingresos recogida en los anexos de este CP.
- El hospital acometerá las mejoras de gestión necesarias que le permitan alcanzar los compromisos de este CP, adecuándose a la dotación establecida.
- Las propuestas de prestaciones adicionales a las contempladas en el presente CP para el año 2004 requerirán la aprobación de la DGAS, de la Dirección General de Gestión Económica y de la Dirección General de Personal y Servicios.

El modelo de financiación para el año 2004 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 de 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 SSCC del SAS siguiendo los procedimientos establecidos y en los plazos definidos para cada uno de ellos en los anexos de este CP.

El hospital colaborará en el mantenimiento y actualización permanente de la guía de recursos. El hospital participará adecuadamente en el Sistema Integral de Alertas Sanitarias del SSPA implantado durante 2003 e incorporará con regularidad los datos de efectos adversos de la asistencia en el mismo.

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 SSCC del SAS.







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

2004







**Anexo 1**

**Atención al usuario**



### Objetivo 2001-2004 Consentimiento informado

**Objetivo 2004** El Hospital dispondrá de un protocolo de información para que los pacientes reciban y comprendan la información necesaria antes de dar su consentimiento. El Hospital debe seguir potenciando que los profesionales utilicen el consentimiento informado por escrito de forma adecuada, según la regulación vigente para los centros del SAS y adaptándose a la realidad sociocultural de los usuarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA). En el primer semestre de 2004 el Hospital revisará la adecuación de los procedimientos de consentimiento informado, incluyendo una evaluación de los modelos escritos (legibilidad, impacto emocional sobre usuarios, etc.) y readaptará los contenidos susceptibles de mejora.

**Evaluación** Relación de todos los procedimientos quirúrgicos en los que se recaba el consentimiento informado del paciente y porcentaje que representan los procedimientos que han sido adaptados a los criterios establecidos en la resolución 223/02 (17-12) de la Dirección General de Asistencia Sanitaria (DGAS) del SAS sobre Consentimiento Informado.

Relación de todos los procedimientos diagnósticos en los que se recaba el consentimiento informado del paciente y porcentaje que representan los procedimientos que han sido adaptados a los criterios establecidos en la resolución 223/02 (17-12) de la Dirección Gerencia del SAS sobre Consentimiento Informado.

Relación de pacientes incluidos en protocolos de investigación de tratamientos y porcentaje de los mismos que han sido adaptados a los criterios establecidos en la resolución 223/02 (17-12) de la DGAS del SAS sobre Consentimiento Informado.

### Objetivo 2001-2004 Participación ciudadana

**Objetivo 2004** En el primer trimestre de 2004, el Hospital censará o actualizará el censo de las organizaciones sociales con el objetivo de identificar con claridad las redes sociales constituidas en su territorio y conocer cuáles son los colectivos vivos y dinámicos de la zona.

**Evaluación** Al finalizar el primer trimestre el Hospital dispondrá de un censo actualizado de las asociaciones sociales, de pacientes y de usuarios.

**Objetivo 2004** Antes de finalizar el segundo trimestre, se realizará un día de puertas abiertas con los representantes de estos colectivos y de los de pacientes y de usuarios para dar a conocer las mejoras introducidas en los servicios en este último año y cuanta información resulte de interés para el usuario (listas de espera quirúrgicas, decreto de garantías sobre consultas externas, mejoras en la accesibilidad y confortabilidad, resultados de las encuestas de satisfacción, hospitalización domiciliaria, etc.). Se aprovecharán estos contactos para conocer las perspectivas e inquietudes de estos colectivos.

**Evaluación** Al finalizar el segundo trimestre se habrá realizado la Jornada de Puertas Abiertas y un informe final resumen de la misma.

**Objetivo 2004** En cada Hospital se constituirá al menos un grupo focal para conocer la opinión y expectativas de los usuarios sobre un tema específico relacionado con la gestión de los servicios del Hospital. Antes de finalizar el cuarto trimestre se remitirá el informe final del grupo al Servicio de Atención al Usuario de los Servicios Centrales (SSCC).

**Evaluación** Antes de finalizar el cuarto trimestre se realizará un grupo focal dirigido al segmento de población elegido y se realizará el informe final del grupo.

## Indicadores

Número y tipo de actividades realizadas (foros, reuniones, jornadas, encuentros) incluyendo a usuarios

Nº de asistentes / Nº de convocados

Nº de colectivos participantes/ Nº de colectivos convocados

Informe sobre el grupo focal

**Objetivo 2004** El Hospital mantendrá un banco de medidas de mejora de las actuaciones vinculadas a la participación ciudadana.

**Evaluación** Trimestralmente seleccionará las medidas que se consideren más interesantes para comunicarlas a los SSCC y para darlas a conocer a las demás instituciones al objeto de que puedan ser utilizadas en otros centros del SSPA.

**Indicador** Envío trimestral de medidas de mejora vinculadas a la participación ciudadana

## Objetivo 2001-2004 Derechos y deberes de los usuarios

**Objetivo 2004** El Hospital incluirá dentro de las actividades de formación para profesionales, temas relacionados con los derechos y deberes de los usuarios y la responsabilidad de los profesionales, priorizando la formación sobre "información", "documentación clínica" y "confidencialidad".

**Indicador** Número de horas docentes impartidas del plan de formación continuada dedicadas a temas que tienen relación directa con los Derechos y deberes.

## Objetivo 2001-2004 Confortabilidad de los centros

**Objetivo 2004** El Hospital desarrollará las medidas que contribuyan a mejorar la calidad percibida por los usuarios y el confort durante su estancia en el centro. Contará para ello con un "Plan de Actuación Hotelera" para mejorar las condiciones del entorno y la calidad de la residencia para los pacientes y acompañantes.

**Evaluación** Existencia del "Plan de Actuación Hotelera" al finalizar el primer trimestre.

**Objetivo 2004** Durante 2004 el Hospital desarrollará las actuaciones necesarias para aumentar la proporción de pacientes que utilizan una habitación de uso individual, especialmente para mujeres ingresadas por motivo de parto y pacientes en situación crítica o terminal.

**Evaluación** Existencia de protocolos de priorización para el uso individual de habitaciones en estos casos en el primer semestre.

Porcentaje de pacientes ingresados que se encuentran en una habitación de uso individual en cada trimestre, en general y para cada uno de los grupos priorizados. Sistema de información específico

**Objetivo 2004** El Hospital trabajará para mejorar los espacios destinados a la atención a los niños y sus acompañantes, adaptando progresivamente las habitaciones para su uso individual.

**Evaluación** Número de habitaciones destinadas al uso individual de niños ingresados y con servicios para un acompañante en el primer trimestre, en relación con el total de habitaciones del área infantil y % de mejora del indicador a lo largo del año.

**Objetivo 2004** El Hospital deberá cumplir y mantener los estándares definidos en el marco del Plan de las Pequeñas Cosas 2003 y del Plan de Intimidad para todos sus centros, especialmente en los ámbitos de consultas externas y de los espacios de atención en los que no se pudieron alcanzar en el ejercicio anterior.

**Evaluación** Cumplimiento de los estándares no resueltos en 2003 al finalizar el primer semestre. Registro específico.

**Objetivo 2004** Durante el presente ejercicio, se establecerán también una serie de estándares referentes a cuestiones relacionadas con la imagen y confortabilidad de los centros y con aspectos de organización de la atención (régimen de visitas, uso de la televisión, atención telefónica, etc.) que inciden directamente en la calidad percibida por el usuario. Estos estándares serán comunicados formalmente al Hospital durante el primer trimestre de 2004, junto a los correspondientes criterios de cumplimiento.

**Evaluación** Porcentaje de cumplimiento de los nuevos estándares definidos en la valoración inicial (antes de la intervención) y final (tercer trimestre).

#### Objetivo 2001-2004 Centros libres de humo

**Objetivo 2004** El Hospital incluirá expresamente en su normativa interna la prohibición de fumar en sus instalaciones sin excepciones y las posibles sanciones por su incumplimiento por parte de profesionales, usuarios y familiares.

**Evaluación** Comprobación de la normativa interna

**Objetivo 2004** El Hospital garantizará el seguimiento continuo del proyecto "Centro libre de humo" a lo largo de todo el 2004.

**Evaluación** Declaración trimestral tras auditoría interna del nº de puntos negros detectados en el centro con signos de consumo de tabaco.

Evaluación semestral del cumplimiento del "decálogo de acciones para un centro libre de tabaco" y objetivos del proyecto CLH y envío de informe a los SSCC.

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

#### Objetivo 2001-2004 Plan de acogida del usuario

**Objetivo 2004** El Plan de Acogida del Usuario y el Plan de Acogida del usuario menor de edad se aplicarán en todos los centros del Hospital antes de final de 2004.

**Evaluación** El Hospital evaluará antes de que finalice el primer semestre el cumplimiento de medidas específicas contempladas en Plan de Acogida del ejercicio 2003: guías de usuario, tarjetas de identificación de personal, documentos escritos que se entregan al usuario validados, etc. y enviará un informe a los SSCC

El Hospital remitirá antes de finalizar el tercer trimestre del año, el Plan de Acogida aprobado

#### Objetivo 2001-2004 Información

**Objetivo 2004** El Hospital tendrá a disposición de los usuarios la Guía del Usuario, que les será entregada al ingreso.

El Hospital adaptará la Guía del Usuario a las necesidades específicas de sus centros de especialidades y la tendrá a disposición de los mismos antes de final del año.

**Evaluación** El Hospital remitirá a SSCC antes de finalizar el segundo trimestre, el modelo de guía que ha adaptado para cada uno de sus centros de especialidades.

#### Objetivo 2001-2004 Reclamaciones

**Objetivo 2004** El Hospital mantendrá actualizado el procedimiento escrito sobre reclamaciones aprobado por la Dirección.

**Evaluación** Al finalizar cada trimestre el Hospital informará del porcentaje de reclamaciones que han dado lugar a la adopción real de medidas de mejora.

Al finalizar el segundo semestre se presentará en una reunión de la Dirección Gerencia el informe del año 2003 de las reclamaciones recibidas, por motivos, por tipo de profesional afectado y por tipo de respuesta. Con este formato la Subdirección de Atención al Usuario preparará sesiones donde presentar este contenido. Se levantará actas de estas reuniones que serán presentada en la Comisión de Seguimiento de las reclamaciones

Al finalizar el cuarto trimestre el Hospital dispondrá de un estudio sobre calidad de las respuestas emitidas.

##### Indicadores

Nº de servicios donde se ha presentado el resumen/ Nº total de servicios

Nº de centros dependientes del area en los que se ha presentado el resumen / Nº total de centros

Nº de comisiones de seguimiento realizadas/ nº de comisiones previstas

% de reclamantes satisfechos con la respuesta emitida desde la dirección del Hospital

#### Objetivo 2001-2004 Accesibilidad a los servicios

**Objetivo 2004** 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.

##### Indicadores

Porcentaje de consultas externas (Nº de pacientes presentados en consultas externas) en horario de mañana y en horario de tarde.

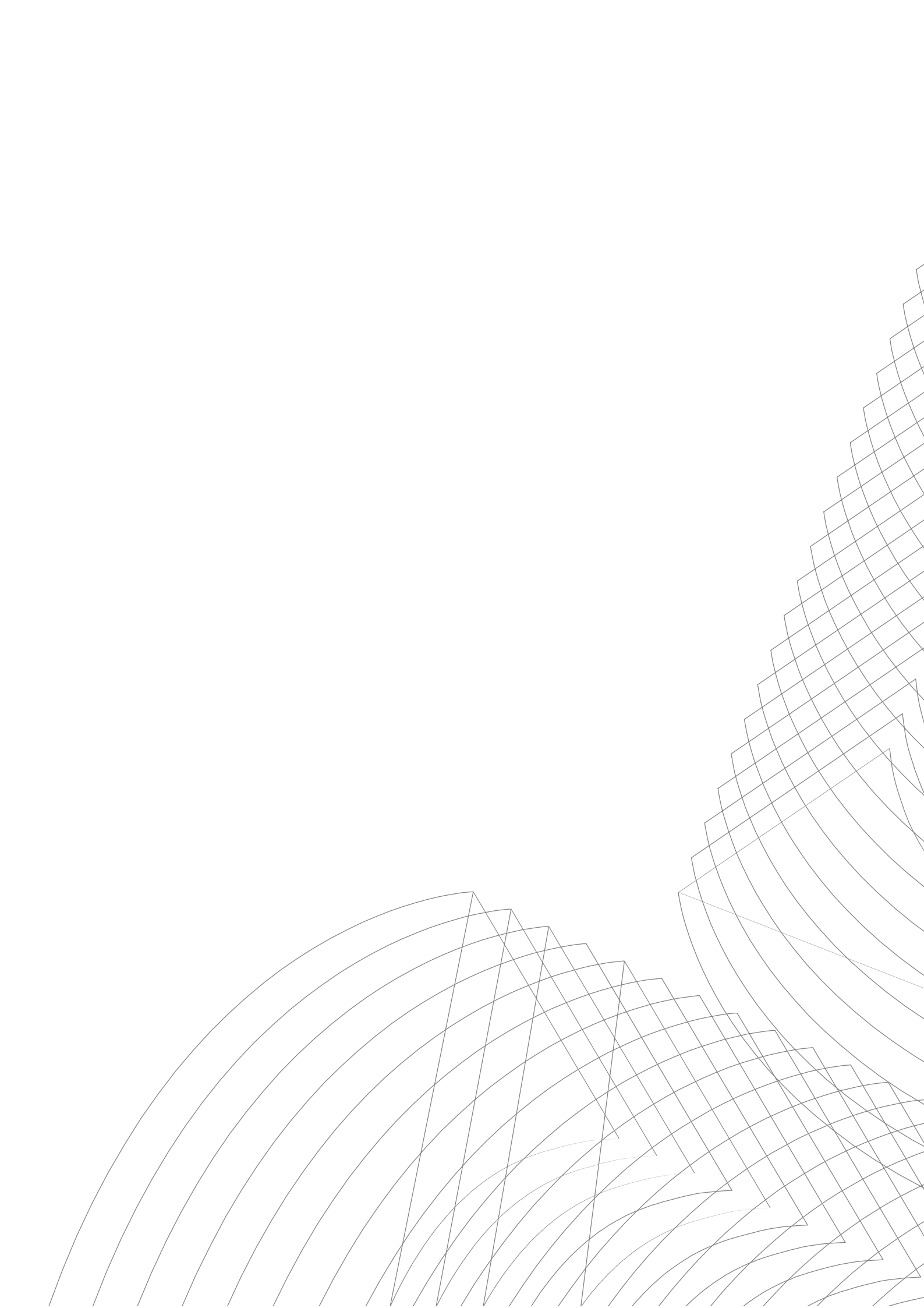
Porcentaje de procedimientos diagnosticos realizados en horario de mañana y en horario de tarde.

**Objetivo 2001-2004 Satisfacción de los usuarios**

**Objetivo 2004** El Hospital presentará los resultados de las encuestas de satisfacción a los profesionales de los Servicios y Unidades de gestión Clínica. Asimismo, en el primer trimestre, elaborará y pondrá en marcha un Plan de Mejora concreto en función de los indicadores y resultados obtenidos en las encuestas de los dos últimos años. Este plan incluirá un análisis sobre la calidad percibida del servicio e incidirá en las medidas que permitan corregir aquellas variables cuya valoración haya sido significativamente baja en relación con el promedio de Andalucía.

Evaluación Envío de Plan de Mejora

**Objetivo 2004** El número de encuestas autocumplimentables procesadas por trimestre deberá ser al menos el 25% de las altas.







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 2004** El Hospital ajustará su oferta básica de primeras visitas especializadas para AP a los pactos suscritos con la misma. La oferta básica de primeras visitas por población, distinguirá las solicitudes de interconsulta desde AP y otras.

Evaluación trimestral por Sistema INFHOS Oferta estructurada de primeras visitas especializadas para AP por 10.000 habitantes.

**Objetivo 2004** El Hospital acordará con los Distritos de referencia la oferta anual de primeras visitas especializadas para atender las solicitudes desde AP y en todos los casos será igual o superior al 80% del total de 1ª consultas.

Evaluación trimestral por Sistema INFHOS Análisis de las desviaciones producidas sobre el pacto con los Distritos de AP.

**Objetivo 2001-2004** El Hospital en el año 2004 deberá atender a todos los pacientes en primera visita de AP con una demora máxima de 60 días.

**Objetivo 2004** El Hospital adoptará las medidas oportunas para la disminución de las demoras en las primeras visitas de especialistas, según los objetivos especificados en el Cuaderno de Gestión del Área de Consultas de CP 2004.

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

**Objetivo 2004** El Hospital garantizará una demora inferior a 60 días para las siguientes especialidades: Oncología Médica, Obstetricia, Hematología, ORL, Psiquiatría, Neurología, A. Digestiva, Medicina Interna, Cirugía General, Pediatría, Urología, Rehabilitación, Dermatología, Cardiología, Traumatología, Neurología, Nefrología, Endocrinología, Ginecología, Oftalmología.

Evaluación mensual por Sistema INFHOS Análisis de las demoras para primeras visitas 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 2004** El Hospital no desprogramará ninguna cita, estableciendo los mecanismos necesarios para responder al compromiso con el paciente, garantizando la estabilidad de las agendas en 6 meses o 2 meses a partir de la demora máxima.

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

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

**Objetivo 2004** El Hospital deberá conseguir que al menos el 30% de las consultas de especialistas, 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 y especialidad.

**Objetivo 2004** El Hospital implantará el Registro de Demanda de Consultas de Asistencia Especializada, conforme a los criterios que se establezcan en el decreto de garantía de respuesta en atención a primeras consultas especializadas.

**Objetivo 2004** El Hospital establecerá conexión on-line, con los Distritos de AP, de las agendas de los servicios de AE para la gestión de las citas de primeras consultas.

Gestión de la producción asistencial

Actividad asistencial

## Hospitalización

Información para el Hospital

Índice de complejidad de referencia (CMBDA 2002)

**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 2% al final del periodo.

**Objetivo 2004** 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 2004** 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 2004** 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 2004** 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 2004** 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 2004** 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 paciente en espera de una intervención quirúrgica hasta un máximo de 180 días, siendo el tiempo de espera para el 97 % de los pacientes menor a 120 días.

**Objetivo 2004** El Hospital garantizará que durante el año 2004, no habrá ningún paciente en espera de una intervención quirúrgica con más de 180 días para el total de pacientes en A.G.D.

Indicador Número de pacientes en espera de más 180 días x 100 / Total de pacientes incluidos en el Registro Oficial de Demanda Quirúrgica.

(Para todo el A.G.D. y para los procesos quirúrgicos establecidos en el Decreto 209/2001)

**Objetivo 2004** El Hospital disminuirá el porcentaje de intervenciones suspendidas, tal y como se recoge en el objetivo establecido al efecto:

grupo 1 < 6%

grupo 2 < 4%

grupos 3 y 4 < 3%

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 2004** El Hospital tendrá un índice de utilización de quirófanos igual o superior al 80%.

Indicador Número de horas de quirófano utilizadas x 100 / número de horas de quirófano disponibles (Hace referencia a las intervenciones de los ingresos programados y de cirugía mayor ambulatoria).

**Objetivo 2004** El Hospital incrementará el total de actividad quirúrgica en torno a un 10% mediante la reducción del número de intervenciones urgentes diferidas, el incremento de la cirugía mayor ambulatoria y el incremento de la cirugía programada con ingreso, ajustando el objetivo a cada centro en función de la actividad desarrollada en 2003 tal y como se recoge en el cuaderno de gestión del Área Quirúrgica.

**Objetivo 2004** El Hospital informará con periodicidad mensual del número de procesos intervenidos en equipos móviles, independientemente de la remisión del proceso de facturación.

Indicadores Número de procesos intervenidos por equipos móviles ordinarios

Número de procesos intervenidos por equipos móviles extraordinarios.

**Objetivo 2004** El Hospital tendrá un ratio de gestión de entradas / salidas en el Registro de Demanda Quirúrgica igual o inferior a 1,00.

Indicador Número de inscripciones totales mensuales en el Registro de Demanda Quirúrgica / salidas totales (intervención + firma anexo III) mensuales en el Registro de Demanda Quirúrgica. Salidas por intervención / salidas totales (intervención + firma anexo III).

**Objetivo 2004** El Hospital adecuará la tasa de indicación quirúrgica por grupo de procesos a la tasa media del grupo al que pertenezca.

OBJETIVO 2004	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  
 EXCISON 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

Indicador Número de procesos realizados en cada epígrafe.

#### OBJETIVO 2004

#### 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  
 EXCISON 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 2004** El Hospital tomará las medidas oportunas, para la disminución de las demoras en la realización de pruebas diagnósticas, llegando en 2004 a una demora de 30 días en:

- 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
- 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
- Arteriografías utilizando medios de contraste
- Radiología simple
- Resonancia Nuclear Magnética

Evaluación mensual Análisis de las demoras de las citadas pruebas diagnósticas por centro y tipo en los Sistemas INFHOS y SIPDP.

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

**Objetivo 2004** El Hospital contará con un protocolo formal de acceso, al menos para las siguientes pruebas diagnosticas, que se remitirán a los SSCC:

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  
 Pruebas funcionales respiratorias  
 Diagnóstico por imagen: colangiografías  
 Diagnóstico por imagen: digestivo  
 Diagnóstico por imagen: mamografías  
 Diagnóstico por imagen: TAC  
 Diagnóstico por imagen: ultrasonografías  
 Diagnóstico por imagen: urografías  
 Arteriografías utilizando medios de contraste  
 Determinaciones básicas de Anatomía Patológica  
 Radiología simple

Evaluación trimestral Seguimiento de cada protocolo.

**Objetivo 2004** El Hospital establecerá los procedimientos organizativos oportunos para atender la demanda de los Centros de Salud para la realización de las pruebas diagnosticas . En caso de resultados positivos a las pruebas diagnosticas realizadas, el Hospital podrá gestionar la derivación del paciente a la consulta de AE, a fin de evitar demora y desplazamientos al paciente.

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

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

**Objetivo 2004** El Hospital no desprogramará ninguna cita (salvo por causa excepcional relacionada con problemas de equipamiento), estableciendo los mecanismos necesarios para responder al compromiso con el paciente, garantizando la estabilidad de las agendas en 6 meses o 2 meses a partir de la demora máxima.

Evaluación mensual Análisis del porcentaje de pruebas diagnosticas desprogramadas, por centro y tipo en el Sistema INFHOS y SIPDP.

**Objetivo 2004** El Hospital implantará el Registro de Demanda de Procedimientos Diagnósticos.

Gestión de la producción asistencial

Actividad asistencial

## Hospital de día

OBJETIVO 2004	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
<p>Indicador Número de procesos realizados en cada epígrafe.</p>	

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 2004** No transcurrirán más de 15 días entre la fecha 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 2004** 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 2004** 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 2004** El Hospital declarará el 100% de los casos de enfermedades infecciosas incluidas en la lista de EDO cuyo diagnóstico haya sido confirmado.

Indicador Número de casos de EDOs declarados x 100 / Número de casos de EDO confirmados.

**Objetivo 2004** El Hospital dispondrá de un Sistema de Información donde se recogerán el 100% de los casos de nuevas infecciones por VIH.

Indicador N° de casos nuevos de VIH registrados x 100 / N° de casos confirmados por laboratorio (periodicidad trimestral).

Evaluación Auditoría.

**Objetivo 2004** 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 2004** El Hospital realizará el grupado del 100% de las neisserias meningítidis aisladas.

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

Evaluación Informe semanal de la Consejería de Salud.

**Objetivo 2004** 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 del programa de detección de malos tratos.

**Objetivo 2004** 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.

Auditoría.

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 2004** 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 vínculo) al alta / total de R.N.

**Objetivo 2001-2004** El Hospital participará en las actuaciones necesarias para el desarrollo de programas y cuidará que durante los fines de semana se garantice la dispensación de anticoncepción de emergencia sin que el derecho de las mujeres a recibirla sea interferido por la objeción de conciencia de los profesionales.

**Objetivo 2004** 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 2004** 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 2004** 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 sea pertinente.

**Objetivo 2004** 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 2004** 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 2004** 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

Programas de salud

## Reproducción asistida

**Objetivo 2001-2004** La oferta de técnicas de reproducción humana asistida se ampliará de cara a garantizar el acceso de forma más equitativa a este tipo de tratamientos, siguiendo las recomendaciones contenidas en la Guía de Reproducción Humana Asistida del Servicio Andaluz de Salud (SAS).

**Objetivo 2004** En el primer semestre de 2004, los siguientes Hospitales ofertarán técnicas básicas de reproducción asistida (inseminación artificial), de forma que se garantice, en el segundo semestre de 2004, un plazo de respuesta de inicio de esta técnica inferior a 6 meses tras su indicación facultativa.

- H. La Inmaculada (Huerca-Overa): su Área Hospitalaria y A.H. Baza
- H. Torrecárdenas: su Área Hospitalaria y EPH Poniente
- H. Puerta del Mar: su Área Hospitalaria y la de Puerto Real
- H. Jerez de la Frontera: su Área Hospitalaria
- AGS Campo de Gibraltar: su Área Hospitalaria
- H. Reina Sofía: su Área Hospitalaria y AGS Norte de Córdoba
- H. Virgen de las Nieves: su Área Hospitalaria y A.H. San Cecilio
- H. Santa Ana (Motril): su Área Hospitalaria y A.H. Axarquía
- H. Riotinto: su Área Hospitalaria
- H. Juan Ramón Jiménez: su Área Hospitalaria y A.H. Infanta Elena
- H. San Agustín (Linares): su Área Hospitalaria y A. H. Úbeda
- C. H. Jaén: su Área Hospitalaria y EPH Alto Guadalquivir
- H. Carlos Haya: su Área Hospitalaria y A.H. Virgen de la Victoria
- H. Antequera: su Área Hospitalaria, A.H. Cabra y A.H. Serranía de Ronda
- H. Virgen del Rocío: su Área y AGS Osuna
- H. Virgen Macarena: su Área Hospitalaria
- H. Valme: su Área Hospitalaria

**Objetivo 2004** El SAS aumentará la oferta territorial existente de técnicas avanzadas (FIV/ICSI), debiendo aumentar su rendimiento los siguientes Hospitales con unidades ya existentes.

- H. Virgen de las Nieves
- H. Carlos Haya
- H. Virgen del Rocío

Gestión de la producción asistencial

Procesos Asistenciales y Calidad Asistencial

## Normas Básicas de Calidad de los Procesos Asistenciales

### MAPA I DE PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS

#### ATAQUE CEREBROVASCULAR

Realización de TC 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.

#### ATENCIÓN AL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO

Identificación de los pacientes pluripatológicos adscritos a cada EBAP.

El cuidador principal de cada paciente pluripatológico debe ser identificado como la persona que habitualmente le proporciona los cuidados .

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

#### CÁNCER DE CÉRVIX/ÚTERO

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

Tiempo de respuesta inferior a un mes entre la toma citológica y comunicación de resultados.

Tiempo de respuesta inferior a una semana para haber finalizado ambulatoriamente los estudios complementarios de estadificación del Cáncer de Cérvix /Útero.

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

#### CÁNCER DE MAMA

Utilización del Documento unificado de Solicitud de Estudios Diagnósticos de Imagen por cualquier facultativo que en su práctica clínica pueda detectar signos o síntomas de patología mamaria.

Facilitar consultas de acto único para la realización de estudios diagnósticos complementarios.

El periodo de tiempo transcurrido entre la confirmación de un tumor maligno por cualquier técnica y la realización de un tratamiento quirúrgico sea inferior a un mes, cuando ésta sea la primera opción de tratamiento.



### CATARATAS

La indicación quirúrgica se establecerá cuando la agudeza visual sea igual o inferior al 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).

### CEFALEAS

La valoración inicial de cefalea en AP incluirá: anamnesis mediante entrevista semiestructurada, exploración física y pruebas complementarias.

Tiempo de respuesta inferior a 7 días en Atención Especializada ambulatoria, en caso estado de mal jaquecoso; cefaleas en racimos y cefalea sintomática con sospecha de procesos intracraneales.

### COLELITIASIS/COLECISTITIS

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

Incrementar el índice de pacientes intervenidos por cirugía laparoscópica en relación con pacientes intervenidos por cirugía abierta.

### CUIDADOS PALIATIVOS

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

Garantizar la accesibilidad al tratamiento con opiáceos a todos los pacientes que lo precisen.

### DEMENCIAS

Realización de test psicométricos en Atención Primaria y en cualquier caso siempre antes de ser derivados a Atención Especializada.

Tiempo de respuesta para valoración neurológica en Atención Especializada inferior a las tres semanas.

Tras confirmación diagnóstica en Atención Especializada todo paciente debe tener identificado un cuidador principal en Atención Primaria.

### 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 < 8%.

A los pacientes con DM1 con más de 5 años de evolución, o mayores de 14 años, se les realizará, con carácter anual, una 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, un 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, un 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 vascular conocida recibirán tratamiento con ácido acetilsalicílico a dosis de 75-100 mg.

### 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, una exploración de pies y estudio de fondo de ojo.

Todos los pacientes con DM2 y enfermedad vascular conocida recibirán tratamiento con ácido acetilsalicílico a dosis de 75 -100 mg.

### 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 de desfibrilador (monitor-desfibrilador o desfibrilador externo automático-DEA) y medios de reanimación cardiopulmonar.

### EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

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

La oferta de anestesia epidural se realizará a todas las gestantes .

Facilitar el contacto con el programa de embarazo antes de la 12ª semana de gestación a toda mujer embarazada.

Garantizar la realización de la ecografía de las semanas 18 a 22 de 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.

### EPOC

A todo paciente diagnosticado de EPOC se le realizará anualmente una 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 realizará 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 una gasometría arterial o, al menos, una pulsioximetría, con periodicidad anual.

### **FRACTURA DE CADERA**

Todo paciente que sufra una fractura de cadera deberá ser evacuado al SCCU-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 precoz y mantenida hasta un mes después del traumatismo o hasta el inicio de la deambulación.

### **HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA/CÁNCER DE PRÓSTATA**

Utilización 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 presente síntomas prostáticos.

La solicitud de PSA (antígeno prostático específico) se efectuará en pacientes sintomáticos mayores de 40 años y menores de 70 años con antecedentes familiares de cáncer de Próstata. 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.

A todo paciente que acude a la primera consulta de urología debe realizársele flujometría en el mismo día y previa a la consulta.

### **INSUFICIENCIA CARDÍACA**

En todos los pacientes con sospecha diagnóstica de insuficiencia cardíaca (IC) en AP, se valorará la fracción de eyección (FE) en Atención Especializada.

A todos los pacientes con fracción de eyección menor o igual a 0,40 se les prescribirá un IECA. Todo paciente con fibrilación auricular recibirá tratamiento anticoagulante en caso de ausencia de contraindicaciones.

### **VIH/SIDA**

Todo paciente con infección por VIH será derivado a AE y 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).

### **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.

## MAPA II DE PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS

### 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, 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.

### 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.

### 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%.

### ARTROPLASTIA DE CADERA

La indicación de implante de cadera se basa en la intensidad del dolor y el grado de incapacidad funcional del paciente de acuerdo con los criterios desarrollados en el proceso.

La selección del implante se basará en la 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.

### ASMA DEL ADULTO

En la historia clínica de todos los pacientes diagnosticados de asma debe constar el 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 con 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.

### ASMA EN EDAD PEDIATRICA

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.

### CÁNCER COLORRECTAL

Se debe realizar una búsqueda activa en los grupos de riesgo para el desarrollo del cáncer colorrectal: antecedentes personales de adenoma y/o enfermedad inflamatoria intestinal; antecedentes familiares de cáncer colorrectal; Síndrome de Lynch y Poliposis Adenomatosa Familiar.

El tiempo de respuesta entre el diagnóstico de cáncer colorrectal y la intervención quirúrgica, cuando éste sea el tratamiento de primera elección, no será superior a 4 semanas.

## CÁNCER 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).

## 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.
- Disfonía recidivante.
- 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.

## DISFUNCIÓN TIROIDEA

Realizar en Atención Primaria una determinación de los niveles de s-TSH a la población de riesgo, ante sospecha de disfunción tiroidea. Se considera 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 y síndrome de Down.

El laboratorio realizará de forma rutinaria una 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.

## DISPEPSIA

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

A todos los pacientes con úlcera gástrica se les solicitará endoscopia con toma de biopsia a los 3 meses de finalizar el tratamiento, para el control de la cicatrización. Para el control de la erradicación en pacientes con úlcera gástrica y *Helicobacter pylori* (Hp) se realizará Clotest (test de la ureasa), y se suspenderá el tratamiento con Inhibidores Bomba de Protones (IBP) al menos 15 días antes de realizar la endoscopia, para no alterar los resultados del Hp.

A todos los pacientes con úlcera duodenal no complicada, se les debe realizar tratamiento erradicador con pauta OCA 7: Omeprazol (20 mg /12 h), Claritromicina (500 mg / 12 h) y Amoxicilina (1 gr / 12 h), durante 7días.

Los pacientes que presentan síntomas de pirosis, regurgitación ácida y que mejoran tras tratamiento con IBP (Omeprazol 20mg/24 horas), pueden ser diagnosticados de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE).

Debe realizarse gastroprotección con Omeprazol a 20 mg/24 horas a todo consumidor de antiinflamatorios no esteroideos (AINE), que pertenezca a alguno de los grupos de riesgo definidos en el proceso:

- Historia previa de úlcera péptica.
- Mayor de 65 años.
- Toma concomitante de anticoagulantes o corticoides.
- Toma de varios AINE, o de un AINE a altas dosis.
- Enfermedades cardiovasculares y/o enfermedad grave.

#### HEMORRAGIAS UTERINAS ANORMALES

Realizar pictograma (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 superior a 12 mm. en fase proliferativa, detectado por ultrasonografía transvaginal (UTV) en mujeres premenopáusicas, debe efectuarse una biopsia endometrial.

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

#### 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.

#### 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 7días.

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 65 %.

## INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA

A todos los pacientes que vayan a ser sometidos a tratamiento compresivo, con carácter previo, se les debe descartar la presencia de insuficiencia arterial y garantizar su control regular.

Se realizará un estudio Doppler convencional en todos los casos de IVC y en los pacientes que vayan a ser intervenidos quirúrgicamente un Ecco doppler.

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.

## OTITIS

### Otitis media aguda

La antibioterapia inicial está indicada en niños < 2 años o > 2 años con afectación del estado general (fiebre mayor de 39º y otalgia de más de 6 horas, a pesar de la toma de analgésicos).

En los restantes la antibioterapia está indicada ante la persistencia de síntomas y /o signos durante un periodo igual o superior a 48 h. tras tratamiento sintomático.

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

Se debe realizar un control programado a los 90 días de inicio de los síntomas de OM aguda para descartar una OM secretoria.

### Otitis media secretoria

Se debe recomendar la miringotomía con tubos:

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

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

La miringotomía se debe realizar con una demora inferior a 3 meses con anestesia general y en el programa de cirugía ambulatoria.

### Otitis media recurrente

Tras el diagnóstico de otitis media recurrente, la única recomendación preventiva específica es la vacunación antigripal anual.

Realizar un estudio inmunológico que incluya la IgG y subclases para descartar una inmunodeficiencia.

## 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.
- Accidente por inmersión.



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 craneoencefálico 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 una 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.

### RIESGO VASCULAR

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

El cribado de dislipemia debe incluir perfil lipídico completo: Colesterol-T, Triglicéridos y HDLc, calculando el colesterol-LDL mediante la fórmula de Friedewald, en una persona cuyo único factor de riesgo mayor sea el tabaquismo.

La toma de tensión para el cribado de hipertensión arterial 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 años.
- En caso de cifras de 130-139 / 85-89 mm Hg, se hará al menos una vez al año.
- En caso de cifras = 140 / 90 mm Hg, se iniciarán las actuaciones para la confirmación de HTA.

Si en la detección se ha determinado sólo el colesterol total, cifras = 240 mg/dl obligan a practicar perfil lipídico completo. En caso de haberse realizado un perfil lipídico completo en la detección, debe repetirse éste ante cifras de colesterol total = 240 mg/dl, colesterol-HDL < 40 mg/dl o 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. Ante la presencia de enfermedad Vascular conocida, se asignará directamente a la categoría de riesgo vascular alto.

### 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, enzima hepática, glucemia, serología: (Brucella melitensis, Coxiela burnetii, Rickettsia conori, Rickettsia typhi).
- 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).

### 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 niños que sean remitidos a observación domiciliaria por síndrome febril, habrá que asegurarse de que sus cuidadores disponen de indicaciones precisas sobre las medidas generales, físicas y medicación a aplicar durante el periodo, así como de que disponen de capacidad, responsabilidad, acceso telefónico, y acceso al 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.

### TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

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.

La entrevista de acogida y valoración orgánica funcional en ESM-USMIJ-Endocrinología tienen que estar realizadas antes de 15 días desde la solicitud de asistencia.

La confirmación diagnóstica del TCA, según criterios de CIE-10, no debe ser superior a un mes desde la primera visita. Si en este periodo de tiempo no se ha podido confirmar el diagnóstico, pero se tienen sospechas fundadas de la presencia de un TCA, se derivará a el/la paciente a Atención Especializada para su valoración.

### TRASPLANTE CARDIACO

Todos los pacientes evaluados como candidatos a trasplante cardiaco tendrán un resultado definitivo en un tiempo no superior a 30 días (10 días desde su llegada a la Unidad de Trasplante Cardiaco) en los casos electivos y a 24 horas en los casos urgentes.

Todos los pacientes en lista de espera serán revisados al menos una vez al mes en consultas externas específicas de trasplante cardiaco.

Todos los donantes ofertados por los Hospitales pertenecientes a la Red de Coordinación Autonómica de Trasplantes tendrán en el momento de su oferta una ecocardiografía que valore la función sistólica y valvular.

### TRASPLANTE HEPÁTICO

La Consulta específica de Trasplante Hepático dispondrá de Consulta telefónica de enfermería, así como los recursos humanos y materiales para llevar a cabo su función según se recoge en el proceso.

La fase de evaluación especializada del paciente candidato a trasplante hepático se realizará en un plazo no superior a 30 días tras su envío a la Unidad de Trasplante Hepático.

Los pacientes en estudio considerados por la Unidad de Trasplante Hepático como "urgentes" serán ingresados en centro de trasplante en menos de 24 horas, los casos "graves" serán trasladados al centro de trasplante en menos de 48 horas y los "no graves" en menos de 14 días. El resto de casos se podrán estudiar en Consultas Externas de Trasplante Hepático.

## TRATAMIENTO SUSTITUTIVO DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA: DIÁLISIS Y TRASPLANTE RENAL

Todos los pacientes enviados para estudio en prediálisis serán vistos en su primera cita con una demora no superior a 20 días.

El acceso vascular definitivo para hemodiálisis se realizará preferiblemente 3 meses antes del comienzo de la hemodiálisis. En ningún caso con menos de 1 mes previo al inicio de la técnica.

La demora máxima desde que se indica la realización del acceso vascular hasta que finalmente se realiza se ajustará a la categoría asignada (normal =8 semanas, preferente =5 semanas, muy preferente =4 semanas).

Todos los pacientes en diálisis estarán de alta en el Registro de Enfermos Renales de Andalucía, actualizando dicha información siempre que se produzca algún cambio.

Todos los centros de trasplante renal tendrán la posibilidad de estudio anatomopatológico permanente del donante.

Se arbitrarán las medidas necesarias para que la isquemia fría de los órganos a trasplantar sea la menor posible, tanto en el hospital donante como en el trasplantador, debiéndose considerar el trasplante renal como una intervención quirúrgica preferente.

Gestión de la producción asistencial

### Procesos Asistenciales y Calidad Asistencial

## Programas de garantía de calidad

**Objetivo 2004** El Hospital evaluará durante el año 2004 el grado de implantación y desarrollo en el Centro de las distintas líneas estratégicas del Plan de Calidad del SSPA.

Evaluación Remisión a la DGAS 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 2004** Las Comisiones correspondientes elaborarán un informe referente al año 2004 en el que analizarán, evaluarán y elaborarán conclusiones, en relación a la situación del Hospital en las siguientes Áreas:

1. Mortalidad hospitalaria (global y por GDRs).
2. Morbilidad derivada de actuaciones sanitarias (procesos diagnósticos y terapéuticos).
3. Infección nosocomial.
4. Reacciones adversas a medicamentos y a transfusión.
5. Calidad de cumplimentación de Historias Clínicas.
6. Correlaciones diagnósticas anatomoclínicas.
7. Uso racional de la sangre.
8. Uso racional de la alta tecnología diagnóstica.
9. Atención integral al niño hospitalizado.
10. Nivel de desarrollo de la investigación.

Evaluación Remisión a la DGAS de informe evaluativo.

**Objetivo 2001-2004 Los Hospitales de SAS aplicarán el Plan de Actuación para la Vigilancia y Control de las Infecciones Nosocomiales de la DGAS.**

**Objetivo 2004** El Hospital asegurará la recogida de los indicadores básicos establecidos en el Plan de vigilancia de Infecciones Nosocomiales . Estos indicadores serán remitidos a la DGAS al finalizar el año.

Evaluación Remisión de datos.

**Objetivo 2004** El Hospital garantizará medidas de evaluación y control de la incidencia de infecciones con especial atención a las áreas con índices más altos. En todo caso, se plantearán medidas de prevención de la infección quirúrgica ( procedimientos priorizados en el Plan del SAS), infecciones en UCIs, gérmenes de especial interés y multirresistentes y apoyará la campaña de lavado de manos.

Evaluación Auditoría.

**Objetivo 2004** 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 2004** El Hospital garantizará la aplicación de la normativa sobre prevención y control de legionelosis.

Evaluación Informe de actuaciones.

**PROGRAMA DE CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LA HORMONA DE CRECIMIENTO**

**Objetivo 2004** (sólo para los siguientes Hospitales: Carlos Haya, Complejo Hospitalario de Jaén, Infanta Elena, Jerez, Juan Ramón Jiménez, Puerta del Mar, Puerto Real, Área del Campo de Gibraltar, 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 un plazo máximo de 15 días desde la finalización del periodo autorizado.

Indicador Remisión del 100% de protocolos de seguimiento.

**Objetivo 2004** (sólo para los siguientes Hospitales: Carlos Haya, Complejo Hospitalario de Jaén, Infanta Elena, Jerez, Juan Ramón Jiménez, Puerta del Mar, Puerto Real, Área del Campo de Gibraltar, 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 2004** Los laboratorios de hematología y bioquímica del Hospital deberán participar en los controles externos de calidad de toda su oferta de servicio.

Indicador Realización del 100% de los controles enviados.

**Objetivo 2004** Los laboratorios de hematología y bioquímica del Hospital deberán tener < del 5% de resultados a más de 2 desviaciones estándar (Grupo D) siempre que se haya comparado con su método y no haya aportado informe justificativo de motivos de no cumplimiento.

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

**Objetivo 2004** 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 2004** Los laboratorios de microbiología del Hospital deberán participar, en cada una de sus áreas de actividad, en el Programa de Evaluación Externa de la Calidad suscrito por el SAS.

Evaluación Realización del 100% de los controles enviados.

Gestión de la producción asistencial

## Cooperación asistencial

**Objetivo 2001-2004** El Hospital incorporará las expectativas del usuario y familia a la evaluación de sus servicios.

**Objetivo 2004** El Hospital desarrollará al menos dos grupos focales de usuarios y dos de familias sobre las fortalezas, debilidades y expectativas de los servicios hospitalarios.

Evaluación Envío de los informes resultantes de los grupos focales realizados a estos SSCC antes del 31 de Octubre.

**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 2004** El Hospital monitorizará a aquellos pacientes frecuentemente hospitalizados que presenten un incumplimiento del tratamiento, un manejo inefectivo del régimen terapéutico y cansancio del rol del cuidador, y establecerá una adecuada atención protocolizada con AP de estos pacientes (Ver acuerdo de colaboración).

Evaluación Envío de las guías de práctica clínica y de los Planes de Cuidados Interniveles estandarizados y protocolizados, que se hayan establecido con AP y del número de pacientes incluidos en cada uno de ellos a estos SSCC antes del 31 de Julio.

**Objetivo 2004** 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 ajustará su oferta de consultas de especialidades a las necesidades de la población de su Área.

**Objetivo 2004** El Hospital ajustará su oferta básica de primeras visitas especializadas para AP a los pactos suscritos con los Distritos.

Evaluación Análisis de la oferta y demanda de primeras visitas en relación a los estándares que se determinen.

Análisis trimestral del Sistema INFHOS.

**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 2004** 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 y especialidad  
Análisis trimestral del Sistema INFHOS.

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

**Objetivo 2004** El Hospital continuará monitorizando junto con los Distritos de referencia aquellos pacientes con alto índice de utilización de consultas de especialistas, que podrían disminuir mediante una adecuada atención 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 profesionales de AP el contacto fluido con los especialistas a los que derivan pacientes para interconsulta.

**Objetivo 2004** 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 2004** 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 2004** 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 sesiones y de profesionales formados.

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 2004** Los dispositivos de urgencias del Hospital remitirán sistemáticamente a las ZBS (sin intervención del paciente) un informe de alta en el que se especifique, en su caso, la necesidad de que dicho paciente sea atendido por los servicios de AP en menos de 1 día hábil y las razones clínicas que así lo 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 2004** 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, habrá establecido los procedimientos necesarios que permitan mejorar la accesibilidad de los pacientes sometidos a tratamiento quimioterápico.

**Objetivo 2004** 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 2004** 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 2004** 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 mecanismos necesarios para asegurar la continuidad de cuidados al alta hospitalaria.

**Objetivo 2004** El Hospital enviará directamente (sin intervención del usuario) a las ZBS, en menos de 48 horas, los informes de alta (no manuscritos).

Indicador Número de altas recibidas en las Zonas Básicas de referencia x 100 / Número total de altas del Hospital.

**Objetivo 2004** El Hospital enviará directamente (sin intervención del usuario) a las ZBS, en menos de 48 horas, los informes de continuidad de cuidados (no manuscritos) conteniendo el Plan de Cuidados que incluya: valoración integral, 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 2004** El Hospital enviará directamente (sin intervención del usuario) a las ZBS en menos de 24 horas los informes de continuidad de cuidados (no manuscritos) de aquellos pacientes en los que se haya identificado los siguientes diagnósticos de cuidados, reales o potenciales:

- Déficit de autocuidados (Alimentación, Higiene, Uso del wc y vestido).
- Deterioro de la movilidad física.
- Deterioro de la Integridad Cutánea y Deterioro de la Integridad tisular.
- Incumplimiento del tratamiento y Manejo inefectivo del régimen terapéutico.
- Cansancio en el desempeño del rol de cuidador.

Evaluación Número de altas recibidas en las Zonas Básicas de referencia en menos de 24 horas que reúnan estos requisitos.

**Objetivo 2004** El Hospital asegurará los medios necesarios para la realización de la planificación al alta en pacientes con grandes necesidades de cuidados.

Indicador Envío de los protocolos establecidos con AP a los SSCC antes del 31 de Julio.

Nº de pacientes detectados en el Hospital con grandes necesidades de cuidados.

Nº de pacientes con grandes necesidades de cuidados remitidos desde el Hospital a AP (a la Enfermera Comunitaria de Enlace en su caso) para la planificación de alta.

**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 cuidadores informales de pacientes ancianos, frágiles o pluripatológicos del Área del Hospital.

**Objetivo 2004** El Hospital mantendrá y ampliará la oferta de programas formativos sobre cuidados básicos dirigido a las organizaciones de voluntariado, asociaciones de autoayuda y cuidadores informales de pacientes ancianos, frágiles o pluripatológicos del Área del Hospital.

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

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

**Objetivo 2004** El Hospital remitirá un listado de pacientes con Terapia Respiratoria con las indicaciones clínicas correspondientes al Distrito de Atención Primaria para asegurar su seguimiento.

**Indicador** Número de pacientes remitidos a AP para su seguimiento/ total de pacientes con Fisioterapia Respiratoria.

Número de pacientes seguidos en domicilio / total de pacientes con Fisioterapia Respiratoria.

**Objetivo 2001-2004** Durante el segundo semestre de 2004 los Hospitales emprenderán la implantación del Plan de Rehabilitación Especializada, comenzando por las medidas dirigidas a la intervención precoz.

**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 2004** Los pacientes en rehabilitación, cuyo domicilio esté incluido en el ámbito de actuación de 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 (evaluación por auditoría)** Porcentaje de pacientes susceptibles de tratamiento en atención primaria que han sido tratados en el Hospital.

Porcentaje de derivaciones remitidas a Atención Primaria de forma incorrecta.

**Objetivo 2004** 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 se desplazarán a aquellas ZBS del Área Hospitalaria que tengan sala de fisioterapia y actuarán como dispositivo de apoyo.
- Ampliación de la cobertura de tratamientos rehabilitadores a pacientes con procesos discapacitantes (procesos de EPOC, dolor torácico - ángina e infarto, ataque cerebrovascular, fractura de cadera, cáncer de mama, etc)

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

Ratio de habitantes del área exclusiva del Hospital (zonas sin cobertura por atención primaria) 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.

Porcentaje de pacientes de los grupos 2, 3 y 4 superior al 70.

Incremento en el porcentaje de pacientes con procesos discapacitantes que tras el alta hospitalaria son incluidos en programas de rehabilitación.

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 2004** 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 Proceso Ansiedad, Depresión y Somatizaciones (ADS).

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

**Objetivo 2004** El Hospital conjuntamente con los Distritos correspondientes facilitarán la cooperación interniveles en Salud Mental, que se concretará con la implantación de los procesos Ansiedad, Depresión y Somatizaciones, Trastorno Mental Grave y Trastorno de la Conducta Alimentaria, al menos en el 50% de los Centros de Atención Primaria.

Indicador % de Centros que tienen implantado al menos uno de los procesos citados.

**Objetivo 2004** Se estabilizará la demanda de primeras consultas, con un incremento máximo del 5% respecto al año anterior.

Indicador Número y porcentaje de primeras consultas respecto al año 2003.

**Objetivo 2004** Se aumentará la capacidad de resolución de los Equipos de Salud Mental Comunitaria (ESMC) hasta producir un 80% de altas del total de primeras consultas.

Indicadores Relación nº altas/primeras consultas mayor o igual a 0,8.

**Objetivo 2004** Se mejorará la atención domiciliaria, hasta que estas consultas representen como mínimo el 8% de las consultas totales de los ESMC de cada Área de Salud Mental.

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

Número de pacientes a cargo.

**Objetivo 2004** El Hospital mantendrá una demora media para la primera consulta de 15 días como máximo.

Indicador Nº de días de Demora media.

**Objetivo 2001 -2004 El Hospital mejorará la atención de pacientes con Trastorno Mental Grave (TMG).**

**Objetivo 2004 El Hospital y los Distritos correspondientes evaluarán el grado de implantación del protocolo de atención integral al paciente con trastorno mental grave.**

Indicador Número de pacientes con TMG atendidos con Plan Individualizado de Tratamiento X 100/número de pacientes con TMG.

**Objetivo 2004 El Hospital evaluará en los ESMC la calidad de la atención al paciente con trastorno mental grave (TMG) en función del grado de implantación del Plan Individualizado de Tratamiento (PIT), fijando como objetivo su implantación en el 100% en los casos nuevos y en el 50% de los antiguos.**

Indicador Número de pacientes con TMG atendidos en ESMC con Plan Individualizado de Tratamiento X 100/número de pacientes con TMG.

**Objetivo 2004 El Hospital mejorará la calidad asistencial en unidades de hospitalización de salud mental. Se elaborará un Protocolo de Atención al Paciente con Agitación Psicomotriz y de Prevención de las Agresiones, que deberá ser aplicado a todos los pacientes que cumplan con el perfil recogido en el protocolo.**

Indicador % de pacientes a los que se le ha aplicado el Protocolo.

**Objetivo 2004 Se elaborará un Protocolo de prevención del suicidio que se aplicará en todos los casos de riesgo.**

Indicador % de pacientes a los que se le ha aplicado el Protocolo.

**Objetivo 2004 Las contenciones mecánicas se aplicarán sometiéndose al protocolo establecido.**

Indicador % de pacientes a los que se le ha aplicado el Protocolo.

## **GESTIÓN DE LA PRODUCCIÓN ASISTENCIAL**

**Objetivo 2004 La Terapia Electroconvulsiva se aplicará sometiéndose al protocolo establecido.**

Indicador % de pacientes a los que se le ha aplicado el Protocolo.

**Objetivo 2004 El Hospital estabilizará la estancia media al estándar de 18 días para la psicosis en las Unidades de Salud Mental de Hospital General.**

Indicador Estancia media del GDR 430

**Objetivo 2004 El Hospital identificará las demora media y número de pacientes en espera para ingresos en comunidad terapéutica o recursos sociosanitarios.**

Indicador Envío de informe trimestral a los SSCC.

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

**Objetivo 2004 El Hospital fomentará la cooperación con pediatras de Atención Primaria para la derivación de pacientes a la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil, en una proporción equivalente al 20% del total de primeras consultas atendidas en la USMIJ, ajustándose a criterios previamente establecidos por el Programa de Salud Mental.**

Indicador Número de casos derivados desde Pediatría a USMIJ/1as. Consultas de USMIJ X 100.

**Objetivo 2004 El Hospital continuará el programa de formación en salud mental para el personal de enfermería pediátrica.**

Indicador Número de enfermeras y auxiliares formadas.

**Objetivo 2004 El Hospital mantendrá los programas de día en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil para el abordaje de las siguientes patologías: a) Psicosis que debutan en la adolescencia; b) Trastornos generalizados del desarrollo; c) Trastornos de conducta en adolescentes y d) Trastornos de la conducta alimentaria, en los siguientes Hospitales:**

- Virgen del Rocío
- Valme
- Virgen Macarena
- Area H. Campo Gibraltar
- Jerez De La Frontera
- Puerto Real
- Virgen De Las Nieves
- Reina Sofía
- Carlos Haya
- Virgen De La Victoria
- Juan Ramón Jiménez
- Ciudad De Jaén
- Torrecárdenas

**Objetivo 2004 El Hospital implementará el Proceso Trastornos de la Conducta Alimentaria en el ámbito de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil.**

Indicador Número de pacientes incluidos en el Proceso TCA.

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

**Objetivo 2004 Los dispositivos de Salud Mental registrarán los datos administrativos, sociodemográficos, diagnósticos y tipo de intervención: en los ESMD y USMIJ en el 90% de los pacientes activos, y en los demás dispositivos en el 100% de los pacientes.**

Indicador % de cumplimentación.

Gestión de la producción asistencial

Programas sectoriales

## Hemoterapia

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

**Objetivo 2004** 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)  $\text{Total de unidades}^* \text{ caducadas} \times 100 / \text{total de unidades}^* \text{ recibidas}^* (\text{sangre entera} + \text{concentrados de hematíes})$ .

**Objetivo 2004** El Hospital garantizará el funcionamiento de la Comisión Hospitalaria de Transfusión.

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

**Objetivo 2004** El Hospital enviará mensualmente a la DGAS las caducidades internas de cada producto detallándose el Número de unidades recibidas, unidades transfundidas, unidades devueltas al CTS, unidades caducadas y unidades desechadas.

Indicador Datos mensuales de unidades recibidas, unidades transfundidas, unidades devueltas al CTS, unidades caducadas y unidades desechadas de cada uno de los productos recibidos.

Gestión de la producción asistencial

Programas sectoriales

## Donación y trasplantes

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

**Objetivo 2004** El Hospital incrementará los donantes de órganos y tejidos.

Indicador Número total de donantes .

**Objetivo 2004** Número de donantes multitejidos.

Indicador Número total de donantes multitejidos.

**Objetivo 2004** El Hospital incrementará su actividad en trasplantes de córneas.

Indicador Número total de queratoplastias.

**Objetivo 2004** El Hospital disminuirá su lista de espera para trasplantes de córneas.

Indicador Número de pacientes en lista de espera.

**Objetivo 2004** El Hospital incrementará su actividad en trasplantes de progenitores hematopoyéticos.

Indicador Número total de trasplantes de progenitores hematopoyéticos.

**Objetivo 2004** 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 2004** 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 2004** 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 2004** El Hospital mantendrá los diferentes registros de la Coordinación Autonómica de Trasplantes (Registro de Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica de Andalucía, Programa de Garantía de Calidad en la Hemodiálisis y otros).

Indicador Conexiones periódicas a través de la red informática habilitada, enviando los datos actualizados de sus pacientes.

**Objetivo 2001-2004** El Hospital promoverá la aplicación de la Diálisis Peritoneal Crónica Ambulatoria.

**Objetivo 2004** El Hospital impulsará y ampliará el número de pacientes en Diálisis Peritoneal Crónica Ambulatoria.

Indicador Número de pacientes en Diálisis Peritoneal Crónica Ambulatoria.

**Objetivo 2001-2004** El Hospital garantizará la reducción de los tiempos de espera para la realización del acceso vascular y su seguimiento.

**Objetivo 2004** El Hospital cumplirá con el Plan de Reducción de Tiempos para el Acceso Vascular (Anexo).

Indicador Porcentaje de pacientes que cumplen los tiempos máximos exigidos, según la categoría asignada (normal = 8 semanas, preferente = 5 semanas, muy preferente = 4 semanas).

Gestión de la producción asistencial

Programas sectoriales

## Urgencias

**Objetivo 2004** El Hospital se ajustará al número de urgencias no ingresadas acordado en el proceso de negociación de este Contrato Programa.

**Objetivo 2004** El Hospital citará 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

- Número de ingresos a observación
- Número de ingresos a Hospital
- Reconsulta 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 2004** 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 2004** El Hospital continuará el desarrollo de las siguientes actividades recogidas en el manual de calidad en el servicio de cuidados críticos y urgencias:

Grado de cumplimentación de la Historia Clínica (incluyendo la codificación diagnóstica)

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 2004** 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 2004** Los Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias deberán implicarse en el desarrollo de los procesos priorizados para el año 2004 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 2004** 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 2004** 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 2004** El Hospital implantará la nueva versión del Módulo de Urgencias de la historia digital de salud.

**Objetivo 2004** El Hospital desarrollará el Módulo de Tratamiento de la Información tras la implantación de la historia digital de salud.

**Objetivo 2004** El Hospital implantará el CMBD específico del área de urgencias.

**Objetivo 2004** 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 la red según los protocolos establecidos.

**Objetivo 2004** El Hospital utilizará la red de transporte de críticos según los protocolos establecidos con el formato P300.

**Objetivo 2004** El Hospital consolidará la red de transporte de críticos pediátricos según los protocolos establecidos.

**Objetivo 2001-2004** El Hospital adecuará las reformas que se planteen a la Guía de Diseño de las Áreas de Urgencias Hospitalarias de la D.G. de Asistencia Sanitaria.

Gestión de la producción asistencial

Programas sectoriales

## Actividad concertada

Población de referencia para la actividad concertada: TASS

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

### Objetivo 2004 (TRANSPORTE SANITARIO)

El Hospital ajustará las prescripciones a la capacidad de los recursos contratados, manteniendo el dispositivo para traslados urgentes definido.

### Objetivo 2004 (RNM, TAC)

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.

### Objetivo 2004 (HEMODIALISIS)

El Hospital no superará el número máximo de sesiones concertadas.

### Objetivo 2004 (DIALISIS DOMICILIARIA)

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).

### Objetivo 2004 (TERAPIAS RESPIRATORIAS)

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).

### Objetivo 2004 (PRESTACION ORTOPROTESICA)

El Hospital se mantendrá por debajo del nivel máximo de consumo por habitante fijado

Gasto en euros por habitante.

### Objetivo 2003 (ENTREGAS POR DESPLAZAMIENTO Y POR TRATAMIENTOS DOMICILIARIOS)

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 2004** El Hospital tendrá un gasto farmacéutico del Área menor de:  
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 2004** 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 desarrollará las actuaciones necesarias para que el sobre coste por prescribir, a igualdad de principio activo, marcas comerciales más caras sea mínimo.

**Objetivo 2004** Valor del porcentaje de recetas prescritas por principio activo:  
Indicador (Nº de recetas prescritas por principio activo / Nº total de recetas prescritas de especialidades farmacéuticas) \* 100.

**Objetivo 2004** Porcentaje de DDD de omeprazol frente al resto de inhibidores de la bomba de protones prescritos en receta oficial.  
Indicador ( Nº de DDD de Omeprazol / Nº total de DDD de IBP) \* 100.

**Objetivo 2004** Porcentaje de DDD de ibuprofeno y diclofenaco frente al resto de AINEs prescritos en receta oficial.  
Indicador (Nº de DDD de ibuprofeno+ Nº de DDD de diclofenaco) / Nº total de DDD de AINEs) \* 100.

**Objetivo 2004** Porcentaje de DDD de pravastatina, lovastatina y simvastatina frente al resto de estatinas prescritas en receta oficial.  
Indicador (Nº de DDD de pravastatina+ Nº de DDD de lovastatina +Nº de DDD de simvastatina) / Nº 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 2004** El número de envases de medicamentos VINE prescritos será menor del 12%.  
Indicador (Número de envases VINE prescritos / 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 insuficiente experiencia clínica en receta oficial sea menor de un 0,5%.

**Objetivo 2004** El número de envases de novedades terapéuticas que no aportan nada nuevo o con insuficiente experiencia clínica prescritos en receta oficial u otros documentos sea menor de un 1%.

Indicador (Número de envases prescritos de novedades terapéuticas que no aportan nada nuevo o con insuficiente experiencia clínica / 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 2004** El consumo total del Hospital será menor del especificado en este Contrato Programa.

Indicador Consumo total.

**Objetivo 2004** El consumo interno por ingreso más CMA (excluido el consumo interno de Factor VIIIra) será menor que el objetivo propuesto:

Indicador Consumo interno / (número de Ingresos + número de procesos de CMA).

**Objetivo 2004** 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 2004** El consumo denominado PROSEREME (pacientes externos incluyendo consumo total del Hospital en Factor VIIIra 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 2004** 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 del 3%.

**Objetivo 2004** El número de especialidades farmacéuticas sin respaldo en la guía de referencia será menor del 3%:

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 2004** 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 2004** 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 2004** 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 2004** 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 2004** 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 2004** 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 2004** El Hospital enviará los ficheros de adquisiciones y consumo descritos en los anexos de este Contrato Programa:  
Indicador Número de ficheros recibidos.



**Anexo 4**

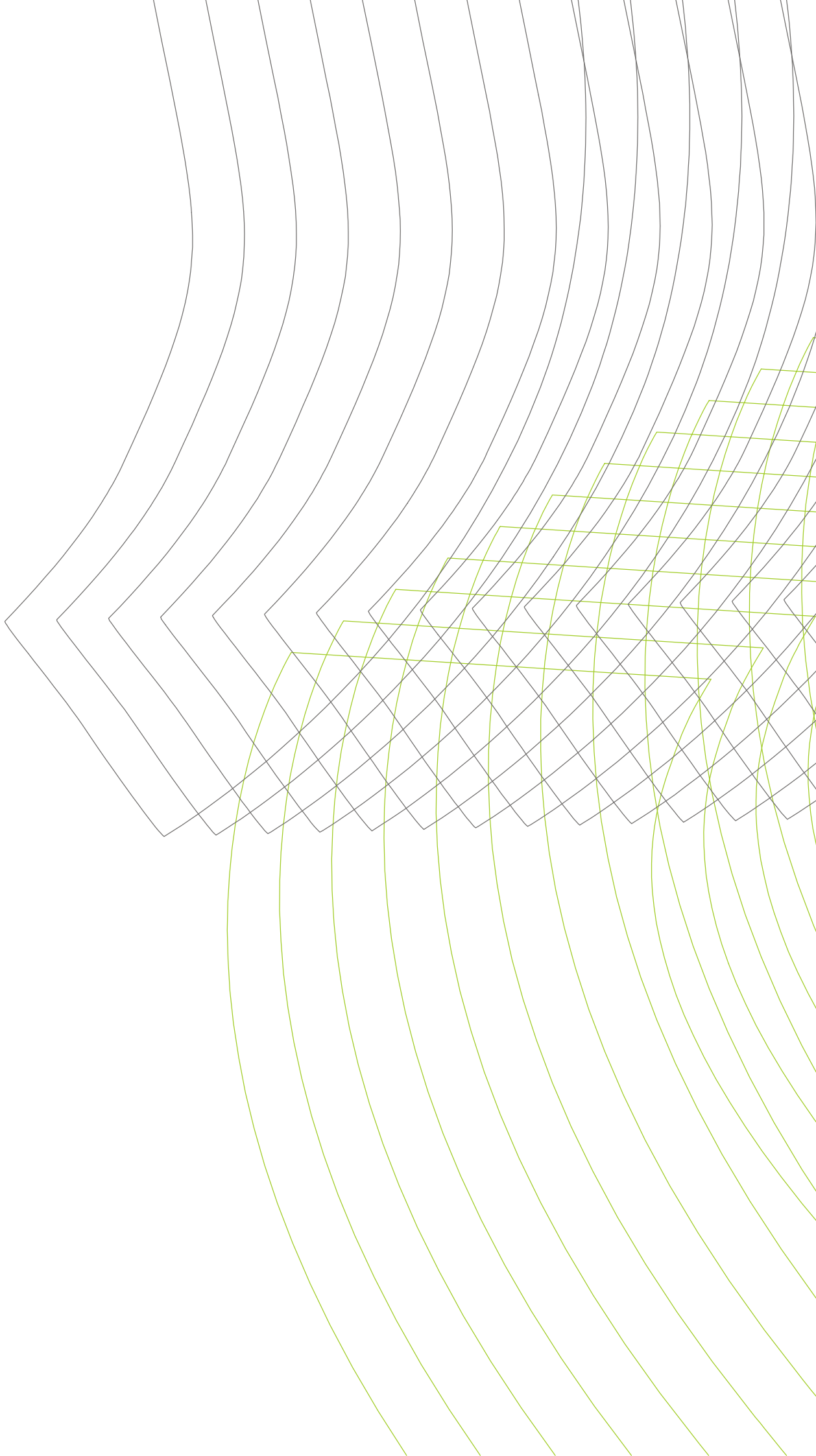
# **Docencia e investigación**



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

**Objetivo 2004** El Hospital priorizará actividades formativas orientadas a la gestión de procesos asistenciales, Plan Integral Oncológico, Plan Integral de Diabetes, nuevos planes a desarrollar en 2004, la atención al cliente, la gestión clínica, los cuidados de enfermería, el uso racional de medios diagnósticos, infecciones nosocomiales, sensibilización y concienciación en aspectos ambientales, 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.





**Anexo 5**

**Gestión de los  
recursos humanos**





## 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 2004** 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 los puestos de trabajo de cada una de sus unidades, su número y características.

**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 2004** El Centro mantendrá el indicador global de absentismo por debajo del 5%, para lo cual desarrollará un Plan de Gestión del Absentismo en colaboración con la Inspección Médica Provincial, una vez que dispone del tratamiento informatizado en Red con la TGSS de la Incapacidad Temporal. 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.

Evaluación Sistema de Gestión de Personal, Aplicación de Turnos y Absentismo GERHONTE.

**Objetivo 2001-2004** El Centro implantará la estructura de salud laboral y adecuará el Plan de Evaluación de Riesgos.

**Objetivo 2004** 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, se constituirán los Comités de Prevención y a la Acreditación de los Delegados de Prevención. Es necesario que el Centro tenga elaborado su Plan de Prevención de Riesgos, de acuerdo al Plan general que se determine por la Dirección corporativa.

Evaluación Remisión del Plan de Prevención de Riesgos.

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

**Objetivo 2004** 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. Por todo ello adquiere 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 proveedores 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.

#### Objetivo 2001-2004 El Centro adecuará las jornadas y descansos.

**Objetivo 2004** Transcurrido un año desde la puesta en funcionamiento de la aplicación de Seguimiento de Turnos y Absentismo dentro del Sistema Integral de Gestión de Personal, debemos continuar destacando el papel que adquiere la nueva gestión de turnos y absentismo, convirtiéndose en una herramienta de gestión clave para afrontar el futuro en lo que a jornada, productividad, cumplimiento de la Directiva Europea 93/104, análisis de absentismo, etc., se refiere. Asimismo ha supuesto el comienzo en la normalización de la retribución asociada al desempeño real de actividad, atenciones continuadas, capitación, etc. resultando un medio de control y seguimiento de gran eficacia. No obstante dada la complejidad de las situaciones que se presentan en el Organismo, es ahora cuando se está en disposición, en base a la información histórica ya disponible de su utilización como herramienta de ayuda a la planificación y programación de Recursos Humanos en nuestros centros.

Se insiste en que a partir del 1 de enero, todos los profesionales, tendrán asignado y programado un turno de trabajo, ajustado en todo caso a la jornada legalmente establecida y en la Aplicación de Turnos y absentismo se registrarán todas y cada una de las ausencias y presencias del profesional. El uso de esta herramienta debe estar descentralizado al máximo nivel del propio centro, y se debe registrar on-line las incidencias correspondientes, siendo además 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.

Evaluación Sistema de Gestión de Personal, Aplicación de Turnos y Absentismo GERHONTE.

Objetivo 2001-2004 El Centro definirá la estructura del mismo.

**Objetivo 2004** El Centro, antes del 31 de enero del 2004, asignará a todo su personal a servicios y/o unidad en el sistema de Gestión de Personal. (GERHONTE), la estructura del Centro corresponderá a Servicio General, servicio particular, centros de responsabilidad o unidad. Todos los profesionales que presten servicios en el SAS, estarán adscritos a una Unidad/equipo de trabajo, que a su vez estará integrado en un Centro de Responsabilidad y estos a su vez en un servicio particular y este en un Servicio General, de conformidad con la estructura marcada para los sistemas de gestión económica COANH y COAND.

Evaluación Sistema de Gestión de Personal GERHONTE.

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

**Objetivo 2004** Dentro del Plan de trabajo del SAS se encontraba mejorar la comunicación con sus profesionales, asignatura pendiente reflejada en la mayoría de los sondeos de opinión disponibles. No podía tratarse de un plan voluntarista consistente en transmitir a la organización y a sus directivos la necesidad de comunicar, entendimos que se debía contar con una estructura específica y dedicada a dicha función. Para ello, a los largo del 2003 cada Centro ha reconvertido las unidades de personal en Unidades de Atención al Profesional, se ha establecido una Unidad de Atención a los Centros al objeto de coordinar e impulsar las estrategia de comunicación, proporcionando información de interés para los profesionales.

El ámbito de atención al Profesional debe dirigirse tanto a comunicar los aspectos estratégicos de la Organización, como a trasmitir a tiempo real la información de ámbito local del centro.

La atención al profesional debe producirse como respuesta a las cuestiones que mediante consultas planteen los profesionales y de forma proactiva, sin necesidad de ser demandadas desde las propias Unidades hacia los profesionales, con la finalidad de garantizar el adecuado nivel de información sobre temas de interés.

Tras un año de funcionamiento de las UAP, se ha visto la necesidad de disponer de un Sistema Informatizado de gestión del conocimiento que:

- Asegure la comunicación entre los miembros de la red UAP y que permita la intervención de las personas que posean el conocimiento para atender con calidad las necesidades que se presenten.
- Facilite la consulta a bases de conocimientos y actualización continua de los mismos.
- Permita la transmisión del conocimiento a los profesionales.
- Permita la gestión de las demandas de atención y su evaluación.

Como objetivo prioritario en el 2004, todos los Centros gestionarán la Atención al Profesional mediante el desarrollo y la gestión del Sistema Informatizado para la Gestión del Conocimiento (AXON) integrado en el sistema de información general del personal GERHONTE, aprovechando la información del mismo y completándola. Se configura en cuatro módulos: Gestión de consultas, Almacenamiento estructurado del conocimiento, Sistema de comunicación y Evaluación.

Evaluación Sistema Informatizado para la Gestión del Conocimiento AXON.

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

**Objetivo 2004** Dentro del Marco Retributivo reflejado en el Acuerdo de Política de personal conviene destacar, además del importante esfuerzo financiero, la introducción del complemento al Rendimiento profesional que, tiene dos efectos:

- Introduce la incentivación y el reconocimiento por el buen hacer profesional y por el logro de resultados.
- Como segundo efecto, pero también de gran importancia, genera una corriente de comunicación e información en todos los niveles del SAS, todos los profesionales deben conocer los objetivos del SAS y de su Centro y deben ser informados y oídos por sus responsables en reuniones específicas.

Para la gestión del Complemento al Rendimiento Profesional, en la vertiente en la que retribuirá los resultados obtenidos por el servicio o unidad y el desempeño individual, se pone a disposición una Aplicación Informática integrada en la Gestión Integral de Personal, por lo que cada Centro deberá identificar las unidades y su responsable, registrará los objetivos, su ponderación y con carácter cuatrimestral registrará la evaluación de cada objetivo.

Por lo tanto antes del 20 de enero, cada Centro a través de sus responsables de Unidad tendrán pactados y firmados los objetivos con su equipo, objetivos que serán alcanzables en línea con los de la organización. Su número será reducido y de conformidad con la Resolución 682/03, todo profesional conocerá los objetivos de 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.

Evaluación Sistema de Gestión de Personal. Gestión del CRP.

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

**Objetivo 2004** Al igual que en el ejercicio anterior, la adecuación del gasto de personal de cada Centro a la asignación presupuestaria del ejercicio adquiere especial importancia, para lo que se dispone del Sistema de Control Presupuestario de Gasto de Personal, por el que se establecen los límites en cada aplicación presupuestaria de conformidad con la distribución de la envolvente de C.P. 2004 que el Centro designe para el Capítulo I. Por tanto, de conformidad con esta asignación presupuestaria, cada Centro, una vez firmado el Contrato Programa 2004 dispondrá de 4 días para periodificar en la Aplicación de Control Presupuestario el presupuesto asignado. Con carácter permanente se desarrollara un Plan de Seguimiento y Evaluación del Gasto de Personal, tanto en gasto variable, (eventuales y sustitutos), gasto semivariable (atención continuada, guardias medicas etc...) y gasto fijo o de estructura.

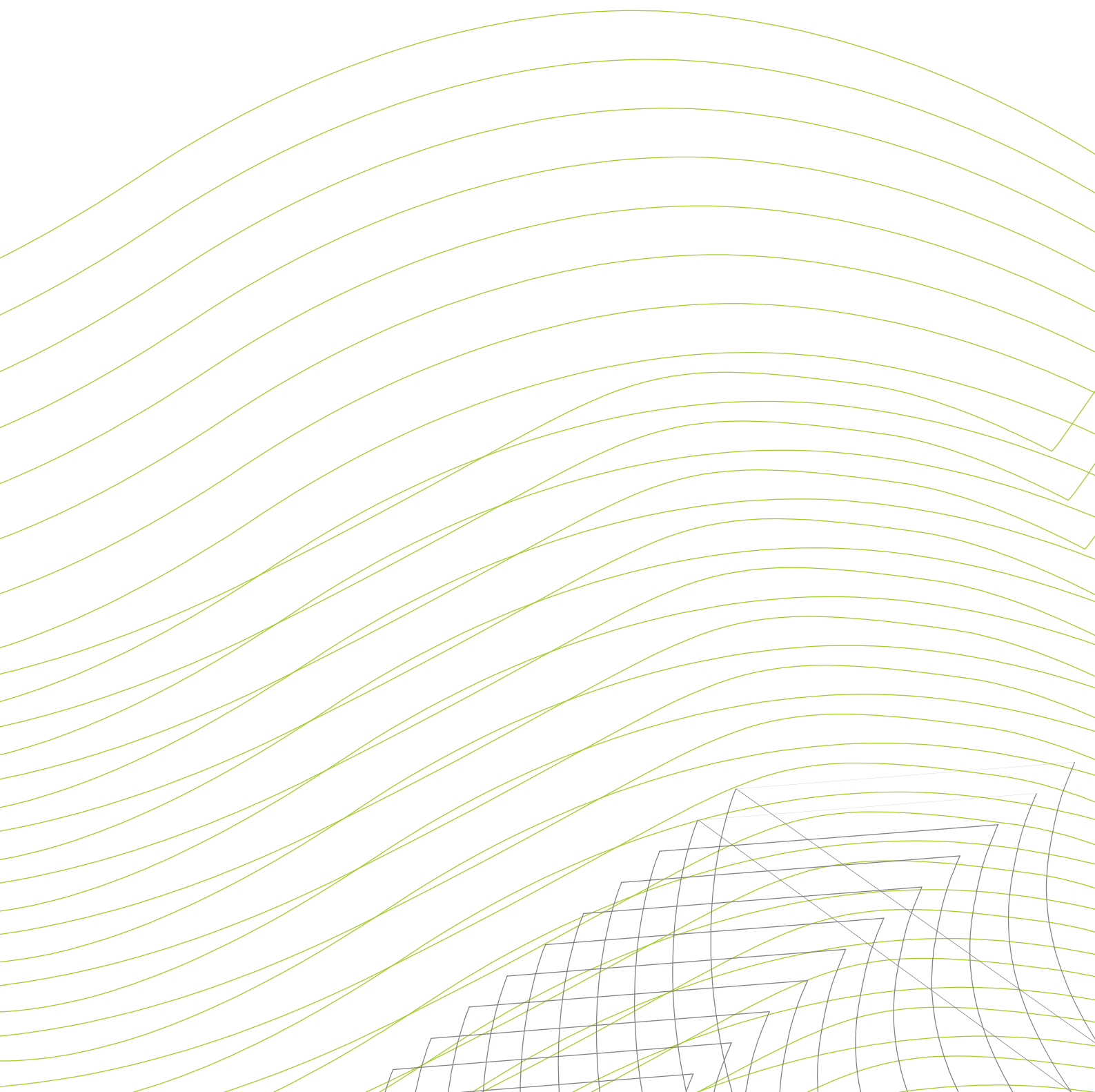
Cualquier variación prevista en la asignación inicial de Contrato Programa, requerirá la autorización de la Dirección Gerencia, previo informe justificativo del Centro remitido a la Dirección General de Personal y Servicios.

Evaluación Sistema de Gestión de Personal. Control Presupuestario Gasto de Personal.



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 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.

I.1.a) Gastos por atención sanitaria [Incluye Capítulos 1(excluido 150 y 160), 2 (incluido Artículo 25 y Farmacia diferencial) del Programa 41C; 162.00 y capítulo 2 del 41B; Capítulo 4 del 41G].

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

Indicador Importe de las Obligaciones periodificadas contabilizadas en el sistema Júpiter.

**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 2004** Al final del año 2004 el Centro deberá situarse en el 80% de gasto mediante contratación administrativa diferente al contrato menor.

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 2004** Durante el año 2004 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 2004) ..... 20%
- Acumulado al 2º Trimestre (A 30 Junio 2004) ..... 45%
- Acumulado al 3º Trimestre (A 30 Septiembre 2004) ..... 70%
- Acumulado al 4º Trimestre (Al cierre Ejercicio 2004) ..... 100%

Indicador

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

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 2004** Las facturas que se sitúen 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 desarrollarán 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 liquidación de los derechos publicados correspondientes al 100% de los procesos susceptibles de facturación.

**Objetivo 2004** El Centro deberá alcanzar una liquidación notificada equivalente a los siguientes Euros.

**Indicador** Resumen total acumulado de liquidaciones notificadas por Organo Gestor.

## LINEA DE ACCION: Contabilidad Análitica I.6. Coan - hyd.

**Objetivo 2001-2004** El objetivo del cuatrienio es completar el desarrollo del nuevo programa, implantarlo en todo los Centros y su consolidación, explotación y uso como herramienta de gestión.

**Objetivo 2004** El Centro deberá remitir el Coan- hyd del año 2003 antes del 15 de abril del 2004, con unos mínimos de calidad.

**Indicador**

1º.- Recepción en el plazo previsto.

2º.- Que al menos el 80% de los costes estén correctamente direccionados a las líneas funcionales de acuerdo con el procedimiento de afectación de costes descrito en el Manual.





**Anexo 7**

# **Sistemas de información**



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

**SICPRO:** Objetivo 2004

- Remisión del SICPRO cumplimentando el 100% de sus variables, con periodicidad mensual, y envío dentro de los 10 días siguientes a la finalización del mes correspondiente
- Concordancia con los datos comunes del sistema INIHOS.

Evaluación

Remisión de ficheros en tiempo y forma.  
Análisis de discrepancias INIHOS-SICPRO.

**INIHOS:** Objetivo 2004

- \* 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
- \* Concordancia con los datos comunes del sistema SICPRO

Evaluación

Remisión de ficheros en tiempo y forma.  
Análisis de discrepancias INIHOS-SICPRO.

**CMBDA:** Objetivo 2004

- Remisión del CMBDA cumplimentando en el 100% de sus variables (excepto fecha de traslado e identificación de servicio de traslado), incluidas las que recogen el código de residencia habitual del paciente y su financiación, con periodicidad trimestral y envío dentro del mes siguiente a la finalización del trimestre correspondiente.
- Implantación 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.  
% de cumplimentación de la variable código postal.  
% de cumplimentación de la variable financiación.

**PRUEBAS DIAGNOSTICAS PRIORITARIAS (SIPDP):** Objetivo 2004

- 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

**CONSULTAS ESPECIALIZADAS (INFHOS):** Objetivo 2004

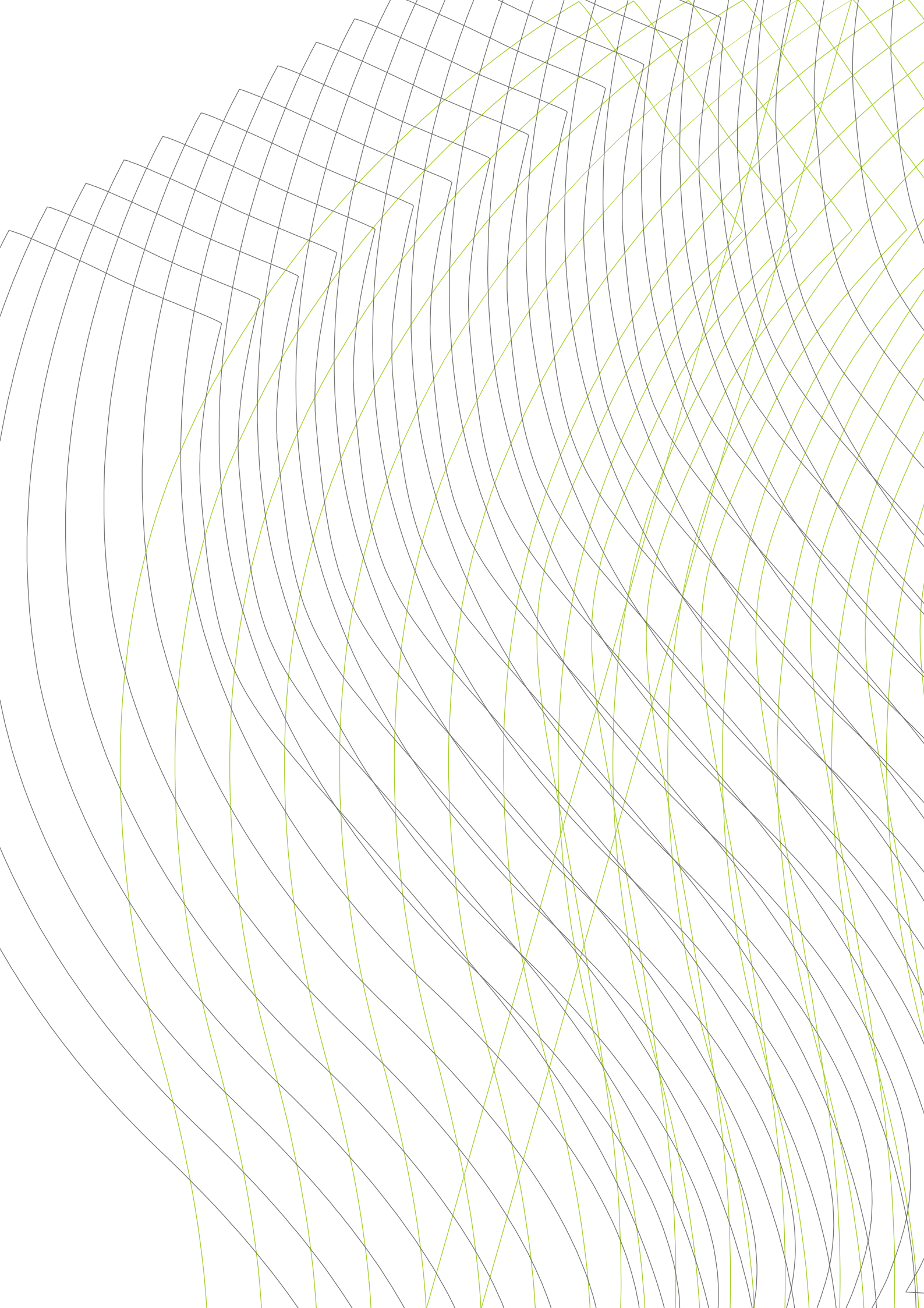
- Remisión del sistema de información de consultas especializadas cumplimentando el 100 % de sus variables con periodicidad mensual y envío dentro de los 10 días siguientes a la finalización del mes correspondiente.

Evaluación Remisión de ficheros en tiempo y forma.

**TERAPIA FOTODINÁMICA:** Objetivo 2004

- Remisión de la Ficha de Recogida de Datos de Sesiones de Terapia Fotodinámica, cumplimentando el 100% de sus variables, con periodicidad mensual y envío dentro de los 10 días siguientes a la finalización del mes correspondiente.

Evaluación Remisión de la ficha en tiempo y forma.





**Anexo 8**

**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 2004 la letra que se asigna es la "N".
- 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.

**DENOMINACIÓN:** 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 9

**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 2004 la letra que se asigna es la "N".
- 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

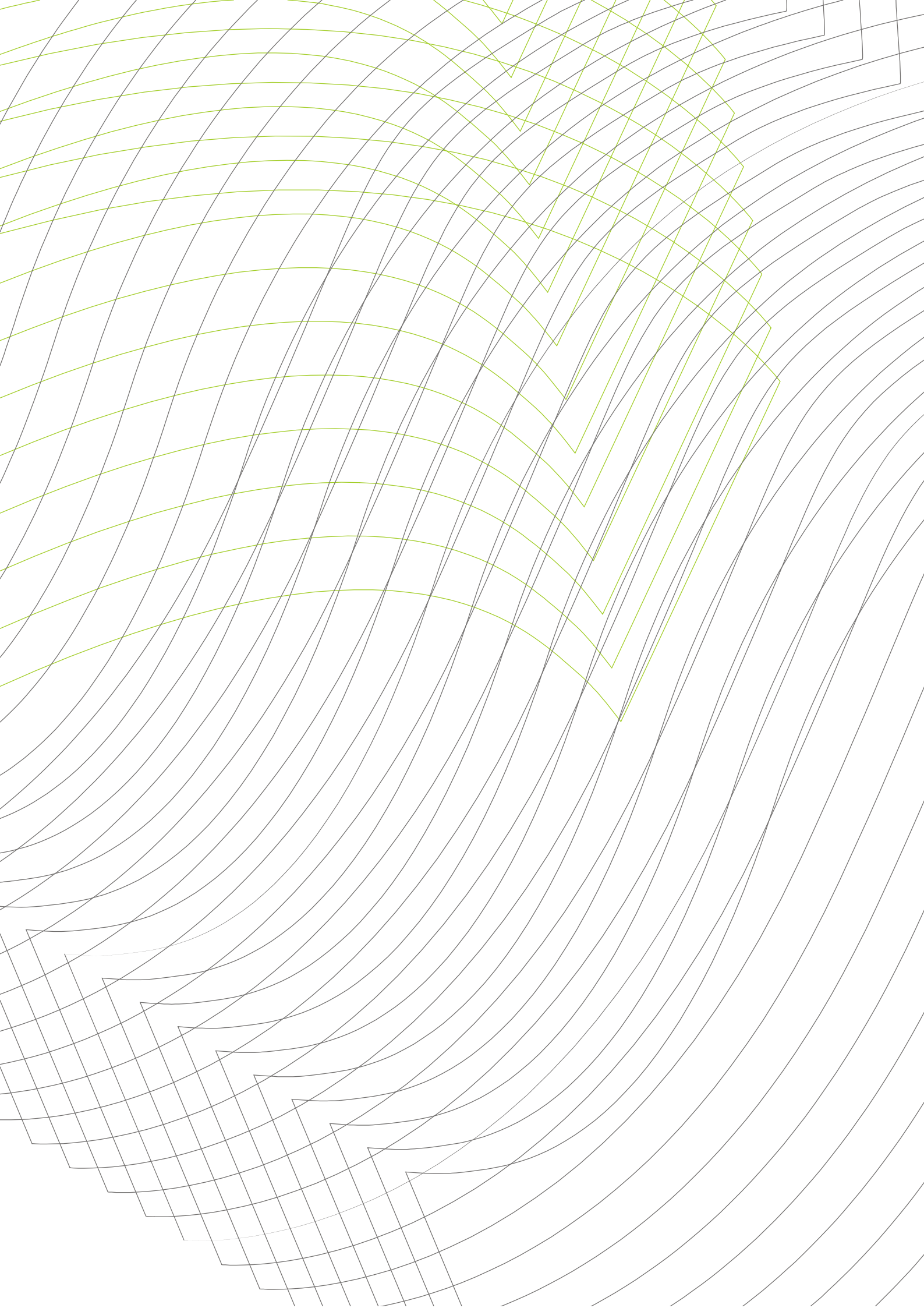
**COD. SERVICIO MEDICO Y CÓDIGO DE UNIDAD:** Se consignará el código del servicio médico y el código de unidad a los que deba imputarse el consumo. Dichos códigos estarán estandarizados y serán enviados a cada Hospital por el Servicio de Asistencia Farmacéutica de los SSCC del SAS. Dicha codificación 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 10**

# **Prestacion farmaceutica 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 terapia anti-TNF y similares (no FAME) utilizados en procesos reumatológicos.
      - 3.2.11.1. Consumo de etanercept.
      - 3.2.11.2. Consumo de infliximab.
      - 3.2.11.3. Consumo de otros medicamentos anti-TNF.
    - 3.2.12. Consumo en unidades de hemodiálisis.
      - 3.2.12.1. Consumo en unidades propias.
      - 3.2.12.2. Consumo en unidades concertadas.

Unidad	Consumo

- 3.2.13. Consumo pacientes tratados con terapia fotodinámica (verteporfina).
- 3.2.14. Consumo Hospital de Día.
- 3.2.15. Otros medicamentos.

4. Consumo de pacientes no ingresados con prescripción realizada por especialistas adscritos a otro Hospital.
  - 4.1. De otro Hospital andaluz.
  - 4.2. De otra comunidad autónoma.

5. Consumo de radiofármacos.
6. N° pacientes VIH+.
  - 6.1. N° de pacientes VIH+ con doble terapia.
  - 6.2. N° de pacientes VIH+ con triple terapia.
  - 6.3. N° de pacientes VIH+ con cuádruple terapia.
  - 6.4. N° de pacientes VIH+ con quíntuple terapia.
7. N° pacientes VIH+ con hepatitis C.
8. N° pacientes con hepatitis C (sin ser VIH+).
9. N° pacientes fibrosis quística.
10. N° pacientes hemofílicos A.
  - 10.1. En tratamiento con factor VIII recombinante.
11. N° pacientes hemofílicos B.
  - 11.1. En tratamiento con factor IX recombinante.
12. N° pacientes esclerosis múltiple.
13. N° pacientes enfermedad Gaucher.
14. N° pacientes enfermedad de Fabry.
15. N° pacientes con terapia anti-TNF y similares (no FAME) utilizados en procesos reumatológicos.
  - 15.1. N° pacientes en tratamiento con infliximab.
  - 15.2. N° pacientes en tratamiento con etanercept.
  - 15.3. N° pacientes en tratamiento con otros medicamentos.
16. N° de sesiones de Unidades de Hemodiálisis.
17. N° pacientes tratados con terapia fotodinámica (verteporfina).
18. N° pacientes Hospital de Día.
19. N° otros pacientes no ingresados.
20. N° pacientes externos cuyo médico prescriptor pertenezca a otro Hospital.
  - 20.1. De otro Hospital andaluz.
  - 20.2. De otra comunidad autónoma.
21. Medicamentos VINE incluidos en la guía farmacoterapéutica (enviar solo en los meses de Diciembre y Junio).
  - 21.1. Número de especialidades VINE incluidas en la guía farmacoterapéutica.
  - 21.2. Porcentaje de especialidades VINE incluidos en la guía farmacoterapéutica.
22. Porcentaje de especialidades farmacéuticas incluidas en Guía que no están incluidas en la Guía de Referencia.



## GLOSARIO DE TÉRMINOS A LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA EN INSTITUCIONES HOSPITALARIAS:

### ADQUISICIÓN MENSUAL TOTAL

Valor<sup>1</sup> de los medicamentos<sup>2</sup> que han tenido entrada en el Servicio de farmacia en el mes correspondiente. Incluirá la adquisición para Centros de Atención Primaria. Excluirá la adquisición de radiofármacos que el servicio de farmacia haya tramitado, cuyos datos se anotarán exclusivamente en el apartado 5.

### POR CONCURSO

Valor<sup>1</sup> de los medicamentos<sup>2</sup> que han tenido entrada en el Servicio de Farmacia en el mes correspondiente, cuya adquisición se ha efectuado mediante Concurso Público.

### POR PROCEDIMIENTO NEGOCIADO

Valor<sup>1</sup> de los medicamentos<sup>2</sup> que han tenido entrada en el Servicio de Farmacia en el mes correspondiente, cuya adquisición se ha efectuado mediante Procedimiento Negociado.

### SUMINISTRO MENOR

Valor<sup>1</sup> de los medicamentos<sup>2</sup> que han tenido entrada en el Servicio de Farmacia en el mes correspondiente, adquiridos mediante suministro menor a laboratorios, oficinas de farmacia, almacenes de distribución y medicamentos extranjeros.

### EXISTENCIAS DE MEDICAMENTOS ÚLTIMO DÍA DEL MES

Valor<sup>1</sup> de los medicamentos<sup>2</sup> existentes en el Servicio de Farmacia el último día del mes correspondiente.

### CONSUMO MENSUAL TOTAL

Valor<sup>1</sup> de los medicamentos<sup>2</sup> 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

Valor<sup>1</sup> mensual de los medicamentos destinados a pacientes ingresados, que hayan tenido salida del Servicio de Farmacia, durante el mes correspondiente (CONSUMO TOTAL -CONSUMO DE PACIENTES NO INGRESADOS - CONSUMO ó ADQUISICIÓN PARA CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA).

### CONSUMO TOTAL PACIENTES NO INGRESADOS

Valor<sup>1</sup> 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 anti-TNF y similares (no FAME), administrados en Hospital de día o dispensados a pacientes externos, utilizados en procesos reumatológicos.
- Infliximab utilizado en pacientes para procesos reumatológicos.

- Etanercept utilizado en pacientes para procesos reumatológicos.
- Adalimumab y medicamentos similares, no FAME, utilizados en pacientes para procesos reumatológicos.
- Medicamentos destinados a pacientes atendidos en unidades de hemodiálisis propias y concertadas. En las concertadas indicar el nombre y el consumo de cada unidad.
- Verteporfina para pacientes con terapia fotodinámica.
- Medicamentos administrados o entregados a pacientes no ingresados atendidos en Hospital de día. No se incluyen los anti-TNF, que se especificarán en su correspondiente apartado.
- Otros medicamentos dispensados directamente por el Servicio de Farmacia.
- Medicamentos de dispensación hospitalaria a pacientes externos, incluidos en apartados anteriores y cuya prescripción haya sido realizada por un especialista adscrito a otro Hospital (la adscripción del consumo de cada apartado a cada Hospital con el fin de imputar dicho consumo al Hospital al que pertenece el médico prescriptor se realizará vía intranet en formato web normalizado que estará disponible para su cumplimentación).

#### CONSUMO DE RADIOFÁRMACOS

Valor mensual de los tratamientos con radiofármacos cuya adquisición se haya tramitado a través del servicio de farmacia en el mes correspondiente.

#### NÚMERO DE PACIENTES VIH+ SIN HEPATITIS C

Número de tratamientos mensuales<sup>4</sup> dispensados para todos los pacientes VIH+, no ingresados.

#### Nº PACIENTES VIH+ CON HEPATITIS C

Número de tratamientos mensuales<sup>4</sup> dispensados para Pacientes VIH+, coinfectados con el virus de la hepatitis C, no ingresados.

#### Nº PACIENTES CON HEPATITIS C (SIN SER VIH+)

Número de tratamientos mensuales<sup>4</sup> dispensados para Pacientes infectados con el virus de la Hepatitis C, no VIH +, no ingresados.

#### NÚMERO DE PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA

Número de tratamientos mensuales<sup>4</sup> dispensados a pacientes afectados de fibrosis quística, no ingresados.

#### NÚMERO DE PACIENTES HEMOFÍLICOS

Número de tratamientos mensuales<sup>4</sup> dispensados a pacientes hemofílicos, no ingresados.

#### NÚMERO DE PACIENTES ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Número de tratamientos mensuales<sup>4</sup> de interferón dispensados a pacientes afectados de esclerosis múltiple, no ingresados.

#### NÚMERO DE PACIENTES ENFERMEDAD DE GAUCHER

Número de tratamientos mensuales<sup>4</sup> dispensados o administrados a Pacientes con enfermedad de Gaucher , no ingresados.

#### NÚMERO DE PACIENTES ENFERMEDAD DE FABRY

Número de tratamientos mensuales<sup>4</sup> dispensados o administrados a Pacientes con enfermedad de Fabry , no ingresados.

**NÚMERO DE PACIENTES CON TERAPIA ANTI-TNF Y SIMILARES (NO FAME<sup>3</sup>) UTILIZADOS EN PROCESOS REUMATOLÓGICOS**

Número de tratamientos mensuales<sup>4</sup> de etanercept, infliximab, adalimumab y medicamentos similares dispensados por el Servicio de Farmacia a pacientes no ingresados o administrados en Hospital de Día a pacientes con procesos reumatológicos. Quedan excluidos los pacientes tratados exclusivamente con medicamentos FAME, tales como el metotrexate o la leflunomida.

**NÚMERO DE PACIENTES TRATADOS CON ETANERCEPT**

Número de tratamientos mensuales<sup>4</sup> de etanercept dispensados a pacientes no ingresados por el Servicio de Farmacia.

**NÚMERO DE PACIENTES TRATADOS CON INFLIXIMAB**

Número de pacientes a los que se administra infliximab durante el mes correspondiente.

**NÚMERO DE PACIENTES TRATADOS CON OTROS FACTORES ANTI-TNF**

Número de tratamientos mensuales<sup>4</sup> de adalimumab u otros factores anti-TNF dispensados a pacientes no ingresados por el Servicio de Farmacia o administrados en el Hospital de día durante el mes correspondiente.

**NÚMERO DE SESIONES DE 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 durante el mes correspondiente (excluir los tratamientos con factores anti-TNF, que se especificarán en su correspondiente apartado).

**NÚMERO DE PACIENTES CON VERTEPORFINA EN TERAPIA FOTODINÁMICA**

Pacientes tratados con verteporfina en terapia fotodinámica durante el mes correspondiente.

**NÚMERO OTROS PACIENTES NO INGRESADOS**

Número de tratamientos mensuales<sup>4</sup> de "otros medicamentos" dispensados a pacientes no ingresados por el Servicio de Farmacia (excluir los tratamientos con factores anti-TNF, que se especificarán en su correspondiente apartado).

**NÚMERO 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.

### 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. Medicamentos FAME

Fármacos Antirreumáticos Modificadores de la Enfermedad (Metotrexate, Leflunomida, etc).

4. Se considerará un tratamiento mensual como aquel dispensado para el tratamiento de 30 días. Para periodos menores se podrán contabilizar fracciones. En el caso de que el tratamiento completo sea de duración inferior a un mes se contabilizará con el valor de 1. Si el tratamiento se realiza en ciclos se contabilizará como 1 cada mes que el paciente recibe tratamiento. Para la consideración de doble, triple, cuádruple o quíntuple terapia no se tendrán en cuenta aquellos antirretrovirales que se administran a bajas dosis para aumentar la biodisponibilidad de otros.



Anexo 11

Códigos y  
pesos GDR de  
la cirugía mayor  
ambulatoria



**PROCEDIMIENTOS DE CMA 2004**

**CODIGO TITULO**

**LIBERACION DE TUNEL**

- 04.43 LIBERACION DE TUNEL CARIANO
- 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

**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**

- 13.1X EXTRACCION INTRACAPSULAR DE CRISTALINO
- 13.2 EXTRACCION EXTRACAPSULAR CRISTALINO, TECNICA EXTRACCION LINEAL
- 13.3 EXTRACCION EXTRACAPSULAR CRISTALINO, TECNICA SIMPLE ASPIRACION E IRRIGACION
- 13.4X EXTRACCION EXTRACAPSULAR DE CRISTALINO, TECNICA DE FRAGMENTACION Y ASPIRACION
- 13.5X OTRA EXTRACCION EXTRACAPSULAR DE CRISTALINO
- 13.6X 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**

- 23.1X 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**

- 53.00 REPARACION UNILATERAL DE HERNIA INGUINAL, N. E. O. M.
- 53.01 REPARACION DE HERNIA INGUINAL DIRECTA
- 53.02 REPARACION DE HERNIA INGUINAL INDIRECTA
- 53.29 OTRA HERNIORRAFIA UNILATERAL
- 53.49 OTRA HERNIORRAFIA UMBILICAL
- 53.51 REPARACION DE HERNIA INCISIONAL (EVENTRACION)
- 53.59 REPARACION DE OTRA HERNIA DE LA PARED ABDOMINAL ANTERIOR

**HERNIAS DE LA PARED ABDOMINAL BILATERALES Y HERNIAS DE LA PARED ABDOMINAL UNILATERALES O UNICAS CON INJERTO Y/O PROTESIS**

- 53.03 REPARACION DE HERNIA INGUINAL DIRECTA CON INJERTO O PROTESIS
- 53.04 REPARACION DE HERNIA INGUINAL INDIRECTA CON INJERTO O PROTESIS
- 53.05 REPARACION DE HERNIA INGUINAL CON INJERTO O PROTESIS, N.E.O.M
- 53.1X REPARACION BILATERAL DE HERNIA INGUINAL
- 53.21 REPARACION UNILATERAL DE HERNIA CRURAL CON INJERTO O PROTESIS
- 53.3X REPARACION BILATERAL DE HERNIA CRURAL
- 53.41 REPARACION DE HERNIA UMBILICAL CON PROTESIS
- 53.6X REPARACION DE OTRA HERNIA DE PARED ABDOMINAL ANTERIOR CON INJERTO O PROTESIS

**ERNIA 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
- 57.4X 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**

- 63.7X VASECTOMIA Y LIGADURA DE CONDUCTO DEFERENTE

**FIMOSIS EN EDAD PEDIATRICA**

- 64.0 CIRCUNCISION

**OPERACIONES SOBRE OVARIOS Y TROPAS (CON EXTIRPACION)**

- 65.3X OOFORECTOMIA UNILATERAL
- 65.4X SALPINGO-OOFORECTOMIA UNILATERAL
- 65.5X OOFORECTOMIA BILATERAL
- 65.6X SALPINGO-OOFORECTOMIA BILATERAL

**OPERACIONES SOBRE OVARIOS Y TROPAS (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
- 67.3X 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**

- 78.6X EXTRACCION DE DISPOSITIVOS IMPLANTADOS EN EL HUESO

**ARTROSCOPIA**

- 80.2X 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

**OTRAS INTERVENCIONES SOBRE TEJIDOS BLANDOS**

83.3X	EXCISION DE LESION DE MUSCULO, TENDON, FASCIA Y BOLSA SINOVIAL
83.42	OTRA TENOTOMIA
83.44	OTRA FASCIECTOMIA
83.5	BURSECTOMIA
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)

**PROCESOS CMA**

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 12**

**Códigos y  
pesos GDR de  
la cirugía menor  
ambulatoria**



**PROCEDIMIENTOS DE CIRUGIA MENOR 2004**

**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, 09,7X y 09.8X
-------	---

**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 13**

# **Codigos y pesos GDR 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 el Hospital de día para procesos hematológicos. Se contabilizará el número de sesiones.

**TRANSFUSIONES** Transfusiones de sangre y componentes sanguíneos (concentrado de hemáties, 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.

**BIOPSIA 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 (< 2horas, de2 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 subcutanea 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 del 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**

PROCESOS	PESO
<b>HEMATOLOGICO</b>	
1 TRATAMIENTO CITOSTATICO HEMATOLOGICO	0,1500
2 TRANSFUSIONES	0,0300
3 BIOPSIA DE MEDULA OSEA	0,5956
<b>ONCOLOGICO</b>	
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
<b>RADIOTERAPIA</b>	
7 TRATAMIENTOS CORTOS ( = < 2 SEMANAS)	1,0400
8 TRATAMIENTOS LARGOS ( > 2 SEMANAS)	1,5000
<b>MEDICINA INTERNA/DIGESTIVO</b>	
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
<b>CLINICA DEL DOLOR</b>	
13 BOMBAS SUBCUTANEAS DE ANALGESIA	0,7500
14 NEUROLISIS QUIMICA DEL GANGLIO SIMPATICO	0,9024
<b>OTROS</b>	
15 LITOTRIZIA EXTRACORPOREA POR ONDAS DE CHOQUE	0,1100
16 ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO	0,7973
17 POLISOMNOGRAMA	0,6296





## Anexo 14

# Códigos de las pruebas diagnosticas prioritarias



**CODIGOS DE LAS PRUEBAS DIAGNOSTICAS PRIORITARIAS**

PRUEBAS DIAGNOSTICAS	CIE-9
<b>ARTERIOGRAFÍA UTILIZANDO MEDIOS DE CONTRASTE</b>	
ARTERIOGRAFIA CON EMPLEO DE MATERIAL DE CONTRASTE,SITIO NO E	88.40
ARTERIOGRAFIA DE ARTERIAS CEREBRALES	88.41
AORTOGRAFIA	88.42
ARTERIOGRAFIA DE ARTERIAS PULMONARES	88.43
ARTERIOGRAFIA DE OTROS VASOS INTRATORACICOS	88.44
ARTERIOGRAFIA DE ARTERIAS RENALES	88.45
ARTERIOGRAFIA DE PLACENTA	88.46
ARTERIOGRAFIA DE OTRAS ARTERIAS INTRA-ABDOMINALES	88.47
ARTERIOG. DE ARTERIAS FEMORALES Y OTRAS ART. DE EXTRE.INF.	88.48
ARTERIOGRAFIA DE OTROS SITIOS ESPECIFICADOS	88.49
ARTERIOGRAFIA CORONARIA CON EMPLEO DE UN SOLO CATETER	88.55
ARTERIOGRAFIA CORONARIA CON EMPLEO DE DOS CATETERES	88.56
ARTERIOGRAFIA CORONARIA	88.57
<b>CARDIOVASCULAR: CATETERISMO CARDÍACO</b>	
CATETERISMO CORAZÓN LADO DERECHO	37.21
CATETERISMO CORAZÓN LADO IZQUIERDO	37.22
CATETERISMO CORAZÓN COMBINADO LADO DERECHO E IZQUIERDO	37.23
<b>CARDIOVASCULAR: ECOCARDIOGRAFÍA</b>	
ECOCARDIOGRAFÍA	88.72
<b>CARDIOVASCULAR: MONITORIZACIÓN CARDÍACA</b>	
MONITORIZACIÓN CORAZÓN AMBULATORIA	89.50
<b>CARDIOVASCULAR: PRUEBAS DE ESFUERZO</b>	
PRUEBA ESFUERZO CARDIOVASCULAR CON CINTA RODANTE	89.41
PRUEBA ESFUERZO CARDIOVASCULAR EN DOS FASES DE MASTERS	89.42
PRUEBA ESFUERZO CARDIOVASCULAR CON BICICLETA ERGOMÉTRICA	89.43
OTRA PRUEBA DE ESFUERZO CARDIOVASCULAR	89.44
<b>ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS: VÍA ORAL</b>	
ESOFAGOSCOPIA A TRAVÉS DE ESTOMA ARTIFICIAL	42.22
OTRA ESOFAGOSCOPIA	42.23
BIOPSIA ESÓFAGO CERRADA [ENDOSCÓPICA]	42.24
GASTROSCOPIA A TRAVÉS DE ESTOMA ARTIFICIAL	44.12
OTRA GASTROSCOPIA	44.13
BIOPSIA CERRADA DE ESTÓMAGO [ENDOSCÓPICA]	44.14
ENDOSCOPIA DE INTESTINO DELGADO A TRAVÉS ESTOMA ARTIFICIAL	45.12
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD]	45.13
BIOPSIA CERRADA [ENDOSCÓPICA] INTESTINO DELGADO	45.14
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA CERRADA	45.16
COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA [CPRE]	51.10
COLANGIOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA [CRE]	51.11
BIOPSIA CERRADA [ENDOSCÓPICA] DE VÍAS BILIARES	51.14
PANCREATOGRAFÍA ENDOSCÓPICA RETRÓGRADA	52.13
BIOPSIA CERRADA ENDOSCÓPICA DE CONDUCTO PANCREÁTICO	52.14
<b>ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS: VÍA RECTAL</b>	
ENDOSCOPIA INRESTINO GRUESO A TRAVÉS DE ESTOMA ARTIFICIAL	45.22
COLONOSCOPIA	45.23
SIGMOIDOSCOPIA FLEXIBLE	45.24
BIOPSIA CERRADA [ENDOSCÓPICA] INTESTINO GRUESO	45.25
PROCTOSIGMOISOCOPÍA A TRAVÉS DE ESTOMA ARTIFICIAL	48.22
PROCTOSIGMOIDOSCOPIA RÍGIDA	48.23
PROCTOSIGMOIDOSCOPIA CON BIOPSIA	48.24
ANOSCOPIA	49.21

**ENDOSCOPIAS RESPIRATORIAS**

LARINGOSCOPIA Y TRAQUEOSCOPIA OTRA	31.42
BIOPSIA CERRADA DE LARINGE [ENDOSCÓPICA]	31.43
BIOPSIA CERRADA DE TRÁQUEA [ENDOSCÓPICA]	31.44
BRONCOSCOPIA A TRAVÉS DE ESTOMA ARTIFICIAL	33.21
BRONCOSCOPIA FIBROÓPTICA	33.22
OTRA BRONCOSCOPIA	33.23
BIOPSIA CERRADA DE BRONQUIO [ENDOSCÓPICA]	33.24
BIOPSIA CERRADA DE PULMÓN ENDOSCÓPICA	33.27

**ENDOSCOPIAS UROLÓGICAS**

URETEROSCOPIA	56.31
BIOPSIA CERRADA ENDOSCÓPICA DE URÉTER	56.33
ENDOSCOPIA [CISTOSCOPIA] DE CONDUCTO ILEAL	56.35
CISTOSCOPIA	57.32
BIOPSIA [TRANSURETRAL] CERRADA DE VEJIGA	57.33
URETEROSCOPIA	58.22

**EXAMEN GENITAL FEMENINO**

EXAMEN MICROSCÓPICO GENITAL FEMENINO.FROTIS PAPANICOLAU	91.46
---	-------

**GAMMAGRAFÍAS**

GAMMAGRAFÍA Y ESTUDIO FUNCIONAL TIROIDES	92.01
GAMMAGRAFÍA Y ESTUDIO FUNCIONAL HIGADO	92.02
GAMMAGRAFÍA Y ESTUDIO FUNCIONAL RIÑÓN	92.03
GAMMAGRAFÍA TRACTO GASTROINTESTINAL	92.04
GAMMAGRAFÍA CARDIOVASCULAR Y HEMATOPOYÉTICO	92.05
GAMMAGRAFÍA CEREBRO	92.11
GAMMAGRAFÍA OTRA ESTRUCTURA DE LA CABEZA	92.12
GAMMAGRAFÍA GLÁNDULA PARATIROIDES	92.13
GAMMAGRAFÍA ÓSEA	92.14
GAMMAGRAFÍA PULMÓN	92.15
GAMMAGRAFÍA OTRAS LOCALIZACIONES	92.19

**RADIOLOGÍA DIAGNÓSTICA: COLANGIOGRAFÍAS**

COLANGIOGRAFÍA HEPÁTICA PERCUTÁNEA	87.51
COLANGIOGRAFÍA INTRAVENOSA	87.52
OTRA COLANGIOGRAFÍA	87.54

**RADIOLOGÍA DIAGNÓSTICA: DIGESTIVO**

TRÁNSITO ESOFÁGICO-GÁSTRICO-DUODENAL	87.62
ENEMA OPACO	87.64

**RADIOLOGÍA DIAGNÓSTICA: MAMOGRAFÍA**

GALACTOGRAFÍA	87.35
XEROGRAFÍA DE MAMA	87.36
MAMOGRAFÍA OTRA	87.37

**RADIOLOGÍA DIAGNÓSTICA: TAC**

TOMOGRFÍA AXIAL COMPUTERIZADA CABEZA	87.03
TOMOGRFÍA AXIAL COMPUTERIZADA TÓRAX	87.41
TOMOGRFÍA AXIAL COMPUTERIZADA RIÑÓN	87.71
TOMOGRFÍA AXIAL COMPUTERIZADA ABDOMEN	88.01
OTRA TOMOGRFÍA AXIAL COMPUTERIZADA	88.38



**RADIOLOGÍA DIAGNÓSTICA: ULTRASONOGRAFÍAS**

ECOGRAFÍA DE OTRAS ÁREAS DEL TÓRAX	88.73
ECOGRAFÍA APARATO DIGESTIVO	88.74
ECOGRAFÍA APARATO URINARIO	88.75
ECOGRAFÍA ABDOMEN Y PERITONEO	88.76
ULTRASONOGRAFÍA SISTEMA VASCULAR PERIFÉRICO	88.77
OTRAS ECOGRAFÍAS (INCLUYE ECO DE ÚTERO NO GRÁVIDO)	88.79

**RADIOLOGÍA DIAGNÓSTICA: UROGRAFÍAS**

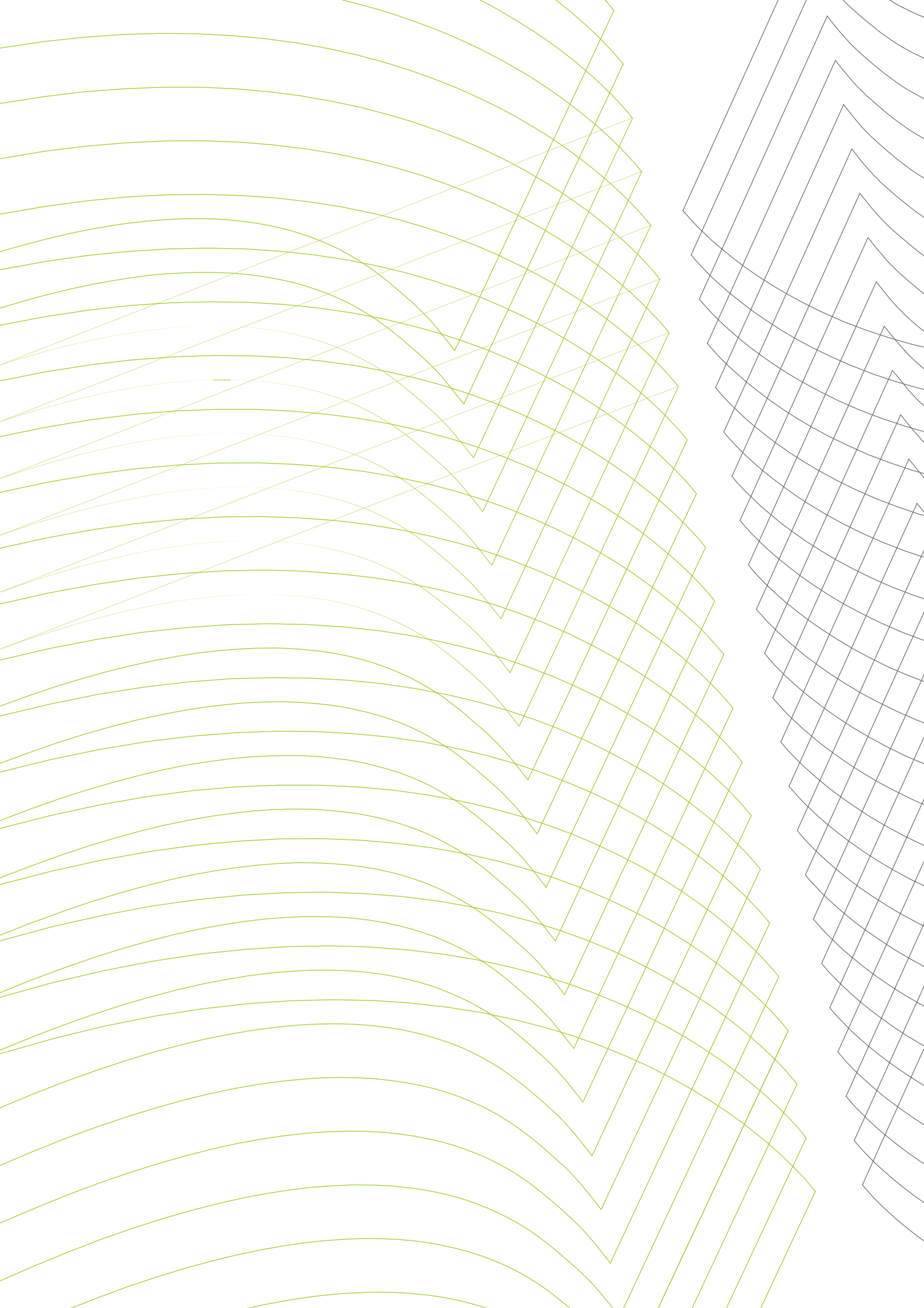
PIELOGRAFÍA INTRAVENOSA	87.73
PIELOGRAFÍA RETRÓGRADA	87.74
PIELOGRAFÍA PERCUTÁNEA	87.75
CISTOURETROGRAFÍA RETRÓGRADA	87.76
OTRA CISTOURETROGRAFÍA	87.77

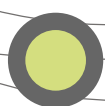
**PRUEBAS FUNCIONALES RESPIRATORIAS**

ESPIROMETRÍAS	89.37
---------------	-------

**RADIOLOGIA SIMPLE**

OTRA RADIOGRAFIA DE TEJIDO BLANDO DE CARA, CABEZA Y CUELLO	87.09
OTRA RADIOGRAFIA DE HUESOS FACIALES	87.16
OTRA RADIOGRAFIA DE CRANEO	87.17
OTRA RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL	87.22
OTRA RADIOGRAFIA DE COLUMNA TORACICA	87.23
OTRA RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA	87.24
OTRA RADIOGRAFIA DE COLUMNA VERTEBRAL	87.29
SINOGRAFIA DE PARED TORACICA	87.38
OTRA RADIOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE PARED TORACICA	87.39
RADIOGRAFIA DE COSTILLAS, ESTERNON Y CLAVICULA	87.43
RADIOGRAFIA TORACICA RUTINARIA, DESCRITA COMO TAL	87.44
OTRA RADIOGRAFIA TORACICA	87.49
OTRA RADIOGRAFIA DE INTESTINO	87.65
OTRA RADIOGRAFIA DEL TRACTO DIGESTIVO	87.69
OTRA RADIOGRAFIA DEL APARATO URINARIO	87.79
OTRA RADIOGRAFIA DE TROMPAS DE FALOPIO Y UTERO	87.85
OTRA RADIOGRAFIA DE ORGANOS GENITALES FEMENINOS	87.89
OTRA RADIOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE PARED ABDOMINAL	88.09
OTRA RADIOGRAFIA DE ABDOMEN	88.19
RADIOGRAFIA ESQUELETICA DE HOMBRO Y BRAZO SUPERIOR	88.21
RADIOGRAFIA ESQUELETICA DE CODO Y ANTEBRAZO	88.22
RADIOGRAFIA ESQUELETICA DE MUÑECA Y MANO	88.23
RADIOGRAFIA ESQUELETICA DE MIEMBRO SUPERIOR, N. E .O. M.	88.24
OTRA RADIOGRAFIA ESQUELETICA DE PELVIS Y CADERA	88.26
RADIOGRAFIA ESQUELETICA DE MUSLO, RODILLAS Y PIERNA INFERIOR	88.27
RADIOGRAFIA ESQUELETICA DE TOBILLO Y PIE	88.28
RADIOGRAFIA ESQUELETICA DE MIEMBRO INFERIOR, N. E .O . M.	88.29





## Anexo 15

# 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), por defunción (tipalt=5), in extremis (tipalt=7) o por fuga (tipalt=8) que si han sido incluidas.

GDR	CDM	TIPO	NOMBRE GDR	EMA
1	1	Q	CRANEOTOMIA EDAD>17 EXCEPTO POR TRAUMA	18,63
2	1	Q	CRANEOTOMIA POR TRAUMA EDAD>17	17,82
4	1	Q	PROCEDIMIENTOS ESPINALES	18,33
5	1	Q	PROCEDIMIENTOS VASCULARES EXTRACRANEALES	11,71
6	1	Q	LIBERACION DE TUNEL CARPIANO	2,23
7	1	Q	PROCED. SOBRE N.CRANEALES & PERIFERICOS & OTROS PQ S.NERVIOSO CON CC	17,50
8	1	Q	PROCED. SOBRE N.CRANEALES & PERIFERICOS & OTROS PQ S.NERVIOSO SIN CC	5,82
9	1	M	TRASTORNOS & LESIONES ESPINALES	18,86
10	1	M	NEOPLASIAS DE SISTEMA NERVIOSO CON CC	12,89
11	1	M	NEOPLASIAS DE SISTEMA NERVIOSO SIN CC	10,99
12	1	M	TRASTORNOS DEGENERATIVOS DE SISTEMA NERVIOSO	13,43
13	1	M	ESCLEROSIS MULTIPLE & ATAXIA CEREBELOSA	7,72
14	1	M	TRASTORNOS CEREBROVASCULARES ESPECIFICOS EXCEPTO AIT & HEMORRAGIA INTRACRANEAL	12,33
15	1	M	ACCIDENTE ISQUEMICO TRANSITORIO & OCLUSIONES PRECEREBRALES	9,16
16	1	M	TRASTORNOS CEREBROVASCULARES NO ESPECIFICOS CON CC	14,31
17	1	M	TRASTORNOS CEREBROVASCULARES NO ESPECIFICOS SIN CC	7,56
18	1	M	TRASTORNOS DE NERVIOS CRANEALES & PERIFERICOS CON CC	13,16
19	1	M	TRASTORNOS DE NERVIOS CRANEALES & PERIFERICOS SIN CC	8,62
20	1	M	INFECCION DEL SISTEMA NERVIOSO EXCEPTO MENINGITIS VIRICA	13,16
21	1	M	MENINGITIS VIRICA	6,97
22	1	M	ENCEFALOPATIA HIPERTENSIVA	6,83
23	1	M	ESTUPOR & COMA NO TRAUMATICOS	10,23
24	1	M	CONVULSIONES & CEFALEA EDAD>17 CON CC	8,22
25	1	M	CONVULSIONES & CEFALEA EDAD>17 SIN CC	7,09
34	1	M	OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA NERVIOSO CON CC	6,62
35	1	M	OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA NERVIOSO SIN CC	2,96
36	2	Q	PROCEDIMIENTOS SOBRE RETINA	5,61
37	2	Q	PROCEDIMIENTOS SOBRE ORBITA	7,09
38	2	Q	PROCEDIMIENTOS PRIMARIOS SOBRE IRIS	4,46
39	2	Q	PROCEDIMIENTOS SOBRE CRISTALINO CON O SIN VITRECTOMIA	2,26
40	2	Q	PROCEDIMIENTOS EXTRAOCULARES EXCEPTO ORBITA EDAD>17	3,50
41	2	Q	PROCEDIMIENTOS EXTRAOCULARES EXCEPTO ORBITA EDAD<18	1,83
42	2	Q	PROCEDIMIENTOS INTRAOCULARES EXCEPTO RETINA, IRIS & CRISTALINO	4,61
43	2	M	HIPEMA	4,61
44	2	M	INFECCIONES AGUDAS MAYORES DE OJO	9,01
45	2	M	TRASTORNOS NEUROLOGICOS DEL OJO	8,36
46	2	M	OTROS TRASTORNOS DEL OJO EDAD>17 CON CC	6,02
47	2	M	OTROS TRASTORNOS DEL OJO EDAD>17 SIN CC	4,72
48	2	M	OTROS TRASTORNOS DEL OJO EDAD<18	3,58
49	3	Q	PROCED. MAYORES DE CABEZA & CUELLO EXCEPTO POR NEOPLASIA MALIGNA	10,95
50	3	Q	SIALOADENECTOMIA	5,26
51	3	Q	PROCEDIMIENTOS SOBRE GLANDULAS SALIVARES EXCEPTO SIALOADENECTOMIA	5,63
52	3	Q	REPARACION DE HENDIDURA LABIAL & PALADAR	4,62
53	3	Q	PROCEDIMIENTOS SOBRE SENOS & MASTOIDES EDAD>17	4,80
54	3	Q	PROCEDIMIENTOS SOBRE SENOS & MASTOIDES EDAD<18	5,14

55	3	Q	PROCEDIMIENTOS MISCELANEOS SOBRE OIDO, NARIZ, BOCA & GARGANTA	3,09
56	3	Q	RINOPLASTIA	2,96
57	3	Q	PROCED. S. A&VA EXCEPTO AMIGDALECTOMIA &/O ADENOIDECTOMIA SOLO, EDAD>17	4,35
58	3	Q	PROCED. S. A&VA EXCEPTO AMIGDALECTOMIA &/O ADENOIDECTOMIA SOLO, EDAD<18	3,94
59	3	Q	AMIGDALECTOMIA &/O ADENOIDECTOMIA SOLO, EDAD>17	2,32
60	3	Q	AMIGDALECTOMIA &/O ADENOIDECTOMIA SOLO, EDAD<18	1,80
61	3	Q	MIRINGOTOMIA CON INSERCIÓN DE TUBO EDAD>17	2,43
62	3	Q	MIRINGOTOMIA CON INSERCIÓN DE TUBO EDAD<18	2,05
63	3	Q	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS SOBRE OIDO, NARIZ, BOCA & GARGANTA	7,20
64	3	M	NEOPLASIA MALIGNA DE OIDO, NARIZ, BOCA & GARGANTA	9,44
65	3	M	ALTERACIONES DEL EQUILIBRIO	5,80
66	3	M	EPISTAXIS	5,42
67	3	M	EPIGLOTITIS	5,53
68	3	M	OTITIS MEDIA & ITRS EDAD>17 CON CC	8,40
69	3	M	OTITIS MEDIA & ITRS EDAD>17 SIN CC	4,27
70	3	M	OTITIS MEDIA & ITRS EDAD<18	3,55
71	3	M	LARINGOTRAQUEITIS	3,41
72	3	M	TRAUMATISMO & DEFORMIDAD NASAL	2,46
73	3	M	OTROS DIAGNOSTICOS DE OIDO, NARIZ, BOCA & GARGANTA EDAD>17	4,38
74	3	M	OTROS DIAGNOSTICOS DE OIDO, NARIZ, BOCA & GARGANTA EDAD<18	3,44
75	4	Q	PROCEDIMIENTOS TORACICOS MAYORES	13,43
76	4	Q	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE APARATO RESPIRATORIO CON CC	15,29
77	4	Q	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE APARATO RESPIRATORIO SIN CC	8,79
78	4	M	EMBOLISMO PULMONAR	13,41
79	4	M	INFECCIONES & INFLAMACIONES RESPIRATORIAS EDAD>17 CON CC	16,57
80	4	M	INFECCIONES & INFLAMACIONES RESPIRATORIAS EDAD>17 SIN CC	12,65
82	4	M	NEOPLASIAS RESPIRATORIAS	11,83
83	4	M	TRAUMATISMO TORACICO MAYOR CON CC	8,47
84	4	M	TRAUMATISMO TORACICO MAYOR SIN CC	5,59
85	4	M	DERRAME PLEURAL CON CC	12,86
86	4	M	DERRAME PLEURAL SIN CC	11,92
87	4	M	EDEMA PULMONAR & INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	9,65
88	4	M	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA	10,61
89	4	M	NEUMONIA SIMPLE & PLEURITIS EDAD>17 CON CC	11,30
90	4	M	NEUMONIA SIMPLE & PLEURITIS EDAD>17 SIN CC	9,25
92	4	M	NEUMOPATIA INTERSTICIAL CON CC	12,34
93	4	M	NEUMOPATIA INTERSTICIAL SIN CC	10,03
94	4	M	NEUMOTORAX CON CC	9,02
95	4	M	NEUMOTORAX SIN CC	5,52
96	4	M	BRONQUITIS & ASMA EDAD>17 CON CC	10,11
97	4	M	BRONQUITIS & ASMA EDAD>17 SIN CC	7,84
99	4	M	SIGNOS & SINTOMAS RESPIRATORIOS CON CC	8,26
100	4	M	SIGNOS & SINTOMAS RESPIRATORIOS SIN CC	5,04
101	4	M	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO RESPIRATORIO CON CC	10,35
102	4	M	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO RESPIRATORIO SIN CC	7,95
103	0	Q	TRASPLANTE CARDIACO	34,27
104	5	Q	PROC. SOBRE VALV. CARDIACAS & OTROS PROC. CARDIOTORACICOS MAYORES CON CAT. CARDIACO	31,17
105	5	Q	-PROC. SOBRE VALV. CARDIACAS & OTROS PROC. CARDIOTORACICOS MAYORES SIN CAT. CARDIACO	20,62
106	5	Q	BYPASS CORONARIO CON ACTP	18,33
107	5	Q	BYPASS CORONARIO SIN ACTP Y CON CATETERISMO CARDIACO	26,68
108	5	Q	OTROS PROCEDIMIENTOS CARDIOTORACICOS	17,19
109	0	Q	BYPASS CORONARIO SIN ACTP SIN CATETERISMO CARDIACO	20,01
110	5	Q	PROCEDIMIENTOS CARDIOVASCULARES MAYORES CON CC	17,97

111	5	Q	PROCEDIMIENTOS CARDIOVASCULARES MAYORES SIN CC	14,79
112	5	Q	PROCEDIMIENTOS CARDIOVASCULARES PERCUTANEOS	8,07
113	5	Q	AMPUTACION POR TRAST.CIRCULATORIOS EXCEPTO M.SUPERIOR Y DEDOS DEL PIE	20,24
114	5	Q	AMPUTACION DE M.SUPERIOR & DEDOS DEL PIE POR TRASTORNOS CIRCULATORIOS	16,07
115	5	Q	IMPLANT. MARCAPASOS CARD. PERM. CON IAM, F. CARDIACO, SHOCK, DESFIB. O SUST. GENERADOR	15,21
116	5	Q	IMPLANT. MARCAPASOS CARD. PERM. SIN IAM, F. CARDIACO, SHOCK, DESFIB. O SUST. GENERADOR	8,92
117	5	Q	REVISION DE MARCAPASOS CARDIACO EXCEPTO SUSTITUCION DE GENERADOR	6,57
118	5	Q	REVISION DE MARCAPASOS CARDIACO SUSTITUCION DE GENERADOR	5,39
119	5	Q	LIGADURA & STRIPPING DE VENAS	2,36
120	5	Q	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE APARATO CIRCULATORIO	16,53
121	5	M	TRAST.CIRCULATORIOS CON IAM & COMPL.MAYORES, ALTA CON VIDA	11,99
122	5	M	TRAST.CIRCULATORIOS CON IAM SIN COMPL. MAYORES ALTA CON VIDA	9,65
123	5	M	TRAST.CIRCULATORIOS CON IAM, EXITUS	7,19
124	5	M	TRAST.CIRCULATORIOS EXCEPTO IAM, CON CATETERISMO & DIAG. COMPLEJO	9,63
125	5	M	TRAST.CIRCULATORIOS EXCEPTO IAM, CON CATETERISMO SIN DIAG. COMPLEJO	5,30
126	5	M	ENDOCARDITIS AGUDA & SUBAGUDA	25,68
127	5	M	INSUFICIENCIA CARDIACA & SHOCK	9,59
128	5	M	TROMBOFLEBITIS DE VENAS PROFUNDAS	8,45
129	5	M	PARADA CARDIACA, CAUSA DESCONOCIDA	7,88
130	5	M	TRASTORNOS VASCULARES PERIFERICOS CON CC	10,44
131	5	M	TRASTORNOS VASCULARES PERIFERICOS SIN CC	7,64
132	5	M	ATEROSCLEROSIS CON CC	8,27
133	5	M	ATEROSCLEROSIS SIN CC	7,61
134	5	M	HIPERTENSION	7,33
135	5	M	TRASTORNOS CARDIACOS CONGENITOS & VALVULARES EDAD>17 CON CC	10,05
136	5	M	TRASTORNOS CARDIACOS CONGENITOS & VALVULARES EDAD>17 SIN CC	6,85
137	5	M	TRASTORNOS CARDIACOS CONGENITOS & VALVULARES EDAD<18	3,03
138	5	M	ARRITMIAS CARDIACAS & TRASTORNOS DE CONDUCCION CON CC	7,86
139	5	M	ARRITMIAS CARDIACAS & TRASTORNOS DE CONDUCCION SIN CC	5,47
140	5	M	ANGINA DE PECHO	7,51
141	5	M	SINCOPE & COLAPSO CON CC	8,58
142	5	M	SINCOPE & COLAPSO SIN CC	6,54
143	5	M	DOLOR TORACICO	5,84
144	5	M	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO CIRCULATORIO CON CC	10,92
145	5	M	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO CIRCULATORIO SIN CC	7,82
146	6	Q	RESECCION RECTAL CON CC	19,73
147	6	Q	RESECCION RECTAL SIN CC	15,23
148	6	Q	PROCEDIMIENTOS MAYORES DE INTESTINO DELGADO & GRUESO CON CC	19,98
149	6	Q	PROCEDIMIENTOS MAYORES DE INTESTINO DELGADO & GRUESO SIN CC	14,03
150	6	Q	ADHESIOLISIS PERITONEAL CON CC	15,21
151	6	Q	ADHESIOLISIS PERITONEAL SIN CC	8,79
152	6	Q	PROCEDIMIENTOS MENORES DE INTESTINO DELGADO & GRUESO CON CC	13,46
153	6	Q	PROCEDIMIENTOS MENORES DE INTESTINO DELGADO & GRUESO SIN CC	9,36
154	6	Q	PROCEDIMIENTOS SOBRE ESTOMAGO, ESOFAGO & DUODENO EDAD>17 CON CC	19,90
155	6	Q	PROCEDIMIENTOS SOBRE ESTOMAGO, ESOFAGO & DUODENO EDAD>17 SIN CC	10,76
156	6	Q	PROCEDIMIENTOS SOBRE ESTOMAGO, ESOFAGO & DUODENO EDAD<18	7,18
157	6	Q	PROCEDIMIENTOS SOBRE ANO & ENTEROSTOMIA CON CC	6,49
158	6	Q	PROCEDIMIENTOS SOBRE ANO & ENTEROSTOMIA SIN CC	3,15
159	6	Q	PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA EXCEPTO INGUINAL & FEMORAL EDAD>17 CON CC	8,21
160	6	Q	PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA EXCEPTO INGUINAL & FEMORAL EDAD>17 SIN CC	4,63
161	6	Q	PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA INGUINAL & FEMORAL EDAD>17 CON CC	4,93
162	6	Q	PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA INGUINAL & FEMORAL EDAD>17 SIN CC	2,92
163	6	Q	PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA EDAD<18	2,63

164	6	Q	APENDICECTOMIA CON DIAGNOSTICO PRINCIPAL COMPLICADO CON CC	2,66
165	6	Q	APENDICECTOMIA CON DIAGNOSTICO PRINCIPAL COMPLICADO SIN CC	6,83
166	6	Q	APENDICECTOMIA SIN DIAGNOSTICO PRINCIPAL COMPLICADO CON CC	8,92
167	6	Q	APENDICECTOMIA SIN DIAGNOSTICO PRINCIPAL COMPLICADO SIN CC	3,72
168	3	Q	PROCEDIMIENTOS SOBRE BOCA CON CC	11,00
169	3	Q	PROCEDIMIENTOS SOBRE BOCA SIN CC	4,92
170	6	Q	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS SOBRE APARATO DIGESTIVO CON CC	17,27
171	6	Q	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS SOBRE APARATO DIGESTIVO SIN CC	9,33
172	6	M	NEOPLASIA MALIGNA DIGESTIVA CON CC	12,69
173	6	M	NEOPLASIA MALIGNA DIGESTIVA SIN CC	10,60
174	6	M	HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL CON CC	8,45
175	6	M	HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL SIN CC	5,95
176	6	M	ULCERA PEPTICA COMPLICADA	8,34
177	6	M	ULCERA PEPTICA NO COMPLICADA CON CC	9,46
178	6	M	ULCERA PEPTICA NO COMPLICADA SIN CC	6,46
179	6	M	ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL	10,62
180	6	M	OBSTRUCCION GASTROINTESTINAL CON CC	9,76
181	6	M	OBSTRUCCION GASTROINTESTINAL SIN CC	6,69
182	6	M	ESOFAGITIS, GASTROENTERITIS & TRAST.DIGEST. MISCELANEOS EDAD>17 CON CC	9,45
183	6	M	ESOFAGITIS, GASTROENTERITIS & TRAST.DIGEST. MISCELANEOS EDAD>17 SIN CC	7,43
185	3	M	TRAST. DENTALES & BUCALES EXCEPTO EXTRACCIONES & REPOSICIONES EDAD>17	5,40
186	3	M	TRAST. DENTALES & BUCALES EXCEPTO EXTRACCIONES & REPOSICIONES EDAD<18	3,53
187	3	M	EXTRACCIONES & REPOSICIONES DENTALES	9,86
188	6	M	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO DIGESTIVO EDAD>17 CON CC	8,70
189	6	M	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO DIGESTIVO EDAD>17 SIN CC	5,06
191	7	Q	PROCEDIMIENTOS SOBRE PANCREAS, HIGADO & DERIVACION CON CC	24,11
192	7	Q	PROCEDIMIENTOS SOBRE PANCREAS, HIGADO & DERIVACION SIN CC	17,87
193	7	Q	PROC.S. VIA BILIAR EXCEPTO COLECISTECTOMIA SOLO, CON O SIN ECB CON CC	23,13
194	7	Q	PROC.S. VIA BILIAR EXCEPTO COLECISTECTOMIA SOLO, CON O SIN ECB SIN CC	17,48
195	7	Q	COLECISTECTOMIA CON EXPLORACION VIA BILIAR CON CC	22,80
196	7	Q	COLECISTECTOMIA CON EXPLORACION VIA BILIAR SIN CC	15,77
197	7	Q	COLECISTECTOMIA SIN EXPLORACION VIA BILIAR CON CC	15,49
198	7	Q	COLECISTECTOMIA SIN EXPLORACION VIA BILIAR SIN CC	9,08
199	7	Q	PROCEDIMIENTO DIAGNOSTICO HEPATOBILIAR POR NEOPLASIA MALIGNA	21,35
200	7	Q	PROCEDIMIENTO DIAGNOSTICO HEPATOBILIAR EXCEPTO POR NEOPLASIA MALIGNA	13,56
201	7	Q	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS HEPATOBILIARES O DE PANCREAS	16,28
202	7	M	CIRROSIS & HEPATITIS ALCOHOLICA	9,26
203	7	M	NEOPLASIA MALIGNA DE SISTEMA HEPATOBILIAR O DE PANCREAS	11,70
204	7	M	TRASTORNOS DE PANCREAS EXCEPTO NEOPLASIA MALIGNA	9,97
205	7	M	TRASTORNOS DE HIGADO EXC. N.MALIGNA, CIRROSIS, HEPATITIS ALCOHOLICA CON CC	9,69
206	7	M	TRASTORNOS DE HIGADO EXC. N.MALIGNA, CIRROSIS, HEPATITIS ALCOHOLICA SIN CC	4,56
207	7	M	TRASTORNOS DEL TRACTO BILIAR CON CC	10,64
208	7	M	TRASTORNOS DEL TRACTO BILIAR SIN CC	7,54
209	8	Q	REIMPLANTACION MAYOR ARTICULACION & MIEMBRO EXTR.INFERIOR, EXCEPTO CADERA SIN CC	9,51
210	8	Q	PROC. DE CADERA & FEMUR EXCEPTO ARTICULACION MAYOR EDAD>17 CON CC	18,22
211	8	Q	PROC. DE CADERA & FEMUR EXCEPTO ARTICULACION MAYOR EDAD>17 SIN CC	12,64
212	8	Q	PROC. DE CADERA & FEMUR EXCEPTO ARTICULACION MAYOR EDAD<18	9,17
213	8	Q	AMPUTACION POR TRASTORNOS MUSCULOESQUELETICOS & TEJIDO CONECTIVO	26,84
216	8	Q	BIOPSIAS DE SISTEMA MUSCULOESQUELETICO & TEJIDO CONECTIVO	12,85
217	8	Q	DESBRID.HER.& INJ.PIEL EXC.HER.ABIERTA POR TRAST.MUS.ESQ.& T.CONEC.EXC.MANO	17,06
218	8	Q	PROC. EXTR.INFERIOR & HUMERO EXC. CADERA,PIE,FEMUR EDAD>17 CON CC	14,78
219	8	Q	PROC. EXTR.INFERIOR & HUMERO EXC. CADERA,PIE,FEMUR EDAD>17 SIN CC	7,17
220	8	Q	PROCEDIMIENTOS EXTR.INFERIOR & HUMERO EXC. CADERA,PIE,FEMUR EDAD<18	5,06



221	8	Q	PROCEDIMIENTOS SOBRE LA RODILLA CON CC	17,44
222	8	Q	PROCEDIMIENTOS SOBRE LA RODILLA SIN CC	4,00
223	8	Q	PROC. MAYORES HOMBRO/CODO, U OTROS PROCEDIMIENTOS EXTR.SUPERIOR CON CC	4,51
224	8	Q	PROC. HOMBRO, CODO O ANTEBRAZO, EXC. PROC.MAYOR DE ARTICULACION SIN CC	3,34
225	8	Q	PROCEDIMIENTOS SOBRE EL PIE	3,83
226	8	Q	PROCEDIMIENTOS SOBRE TEJIDOS BLANDOS CON CC	13,38
227	8	Q	PROCEDIMIENTOS SOBRE TEJIDOS BLANDOS SIN CC	4,17
228	8	Q	PROC.MAYOR SOBRE PULGAR O ARTICULACION, U OTROS PROC.S.MANO O MUÑECA CON CC	4,15
229	8	Q	PROC. SOBRE MANO O MUÑECA, EXCEPTO PROC.MAYORES S.ARTICULACION SIN CC	3,00
230	8	Q	EXCISION LOCAL & ELIMINACION DISP. FIJACION INTERNA DE CADERA & FEMUR	6,43
231	8	Q	EXCISION LOCAL & ELIMINACION DISP. FIJACION INTERNA EXC. CADERA & FEMUR	5,47
232	8	Q	ARTROSCOPIA	3,20
233	8	Q	OTROS PROC. QUIRURGICOS DE S.MUSCULOESQUELETICO & T.CONECTIVO CON CC	15,22
234	8	Q	OTROS PROC. QUIRURGICOS DE S.MUSCULOESQUELETICO & T.CONECTIVO SIN CC	7,60
235	8	M	FRACTURAS DE FEMUR	11,17
236	8	M	FRACTURAS DE CADERA & PELVIS	11,14
237	8	M	ESGUINCE, DESGARRO & LUXACION DE CADERA, PELVIS & MUSLO	12,89
238	8	M	OSTEOMIELITIS	17,66
239	8	M	FRACTURAS PATOLOGICAS & NEOPLASIA MALIGNA MUSCULOESQUELETICA & T.CONECTIVO	13,32
240	8	M	TRASTORNOS DE T.CONECTIVO CON CC	12,06
241	8	M	TRASTORNOS DE T.CONECTIVO SIN CC	7,22
242	8	M	ARTRITIS SEPTICA	14,47
243	8	M	PROBLEMAS MEDICOS DE LA ESPALDA	7,76
244	8	M	ENFERMEDADES OSEAS & ARTROPATIAS ESPECIFICAS CON CC	9,88
245	8	M	ENFERMEDADES OSEAS & ARTROPATIAS ESPECIFICAS SIN CC	4,90
246	8	M	ARTROPATIAS NO ESPECIFICAS	8,87
247	8	M	SIGNOS & SINTOMAS DE SISTEMA MUSCULOESQUELETICO & T.CONECTIVO	6,70
248	8	M	TENDINITIS, MIOSITIS & BURSTITIS	8,09
249	8	M	MALFUNCION, REACCION O COMPL. DE DISPOSITIVO ORTOPEDICO	12,07
250	8	M	FRACTURA,ESGUINCE,DESGARRO & LUXACION ANTEBRAZO,MANO,PIE EDAD>17 CON CC	6,38
251	8	M	FRACTURA,ESGUINCE,DESGARRO & LUXACION ANTEBRAZO,MANO,PIE EDAD>17 SIN CC	2,91
252	8	M	FRACTURA,ESGUINCE,DESGARRO & LUXACION ANTEBRAZO,MANO,PIE EDAD<18	1,97
253	8	M	FRACTURA,ESGUINCE,DESGARRO & LUXACION BRAZO,PIERNA EXCL.PIE EDAD>17 CON CC	7,09
254	8	M	FRACTURA,ESGUINCE,DESGARRO & LUXACION BRAZO,PIERNA EXCL.PIE EDAD>17 SIN CC	4,28
255	8	M	FRACTURA,ESGUINCE,DESGARRO & LUXACION BRAZO,PIERNA EXCL.PIE EDAD<18	3,23
256	8	M	OTROS DIAGNOSTICOS DE SISTEMA MUSCULOESQUELETICO & TEJIDO CONECTIVO	4,53
257	9	Q	MASTECTOMIA TOTAL POR NEOPLASIA MALIGNA CON CC	8,14
258	9	Q	MASTECTOMIA TOTAL POR NEOPLASIA MALIGNA SIN CC	6,96
259	9	Q	MASTECTOMIA SUBTOTAL POR NEOPLASIA MALIGNA CON CC	7,30
260	9	Q	MASTECTOMIA SUBTOTAL POR NEOPLASIA MALIGNA SIN CC	5,32
261	9	Q	PROC. S. MAMA POR PROCESO NO MALIGNO EXCEPTO BIOPSIA & EXCISION LOCAL	3,80
262	9	Q	BIOPSIA DE MAMA & EXCISION LOCAL POR PROCESO NO MALIGNO	2,74
263	9	Q	INJERTO PIEL &/O DESBRID. POR ULCERA CUTANEA, CELULITIS CON CC	23,45
264	9	Q	INJERTO PIEL &/O DESBRID. POR ULCERA CUTANEA, CELULITIS SIN CC	14,76
265	9	Q	INJERTO PIEL &/O DESBRID. EXCEPTO POR ULCERA CUTANEA, CELULITIS CON CC	13,11
266	9	Q	INJERTO PIEL &/O DESBRID. EXCEPTO POR ULCERA CUTANEA, CELULITIS SIN CC	6,48
267	9	Q	PROCEDIMIENTOS DE REGION PERIANAL & ENFERMEDAD PILONIDAL	2,69
268	9	Q	PROCEDIMIENTOS PLASTICOS SOBRE PIEL, T.SUBCUTANEO & MAMA	5,24
269	9	Q	OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE PIEL, T.SUBCUTANEO & MAMA CON CC	10,62
270	9	Q	OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE PIEL, T.SUBCUTANEO & MAMA SIN CC	3,72

271	9	M	ULCERAS CUTANEAS	18,94
272	9	M	TRASTORNOS MAYORES DE PIEL CON CC	12,42
273	9	M	TRASTORNOS MAYORES DE PIEL SIN CC	9,32
274	9	M	PROCESOS MALIGNOS DE MAMA CON CC	11,95
275	9	M	PROCESOS MALIGNOS DE MAMA SIN CC	3,79
276	9	M	TRASTORNOS NO MALIGNOS DE MAMA	3,11
277	9	M	CELULITIS EDAD>17 CON CC	11,75
278	9	M	CELULITIS EDAD>17 SIN CC	6,48
279	9	M	CELULITIS EDAD<18	5,29
280	9	M	TRAUMATISMO DE PIEL, T.SUBCUTANEO & MAMA EDAD>17 CON CC	8,51
281	9	M	TRAUMATISMO DE PIEL, T.SUBCUTANEO & MAMA EDAD>17 SIN CC	4,57
282	9	M	TRAUMATISMO DE PIEL, T.SUBCUTANEO & MAMA EDAD<18	2,96
283	9	M	TRASTORNOS MENORES DE LA PIEL CON CC	8,22
284	9	M	TRASTORNOS MENORES DE LA PIEL SIN CC	4,42
285	10	Q	AMPUTACION M.INFERIOR POR TRAST.ENDOCRINOS, NUTRICIONALES & METABOLICOS	23,09
286	10	Q	PROCEDIMIENTOS SOBRE SUPRARRENALES & HIPOFISIS	14,64
287	10	Q	INJERTO DE PIEL & DESBRIDAMIENTO HERIDA POR TRAST. ENDOCR., NUTR. & METAB.	16,24
288	10	Q	PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS PARA OBESIDAD	10,99
289	10	Q	PROCEDIMIENTOS SOBRE PARATIROIDES	6,02
290	10	Q	PROCEDIMIENTOS SOBRE TIROIDES	4,77
291	10	Q	PROCEDIMIENTOS SOBRE TRACTO TIREOGLOSO	3,24
292	10	Q	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS ENDOCR., NUTRIC. & METAB. CON CC	12,11
293	10	Q	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS ENDOCR., NUTRIC. & METAB. SIN CC	11,10
294	10	M	DIABETES EDAD>35	9,32
295	10	M	DIABETES EDAD<36	6,74
296	10	M	TRASTORNOS NUTRICIONALES & METABOLICOS MISCELANEOS EDAD>17 CON CC	10,95
297	10	M	TRASTORNOS NUTRICIONALES & METABOLICOS MISCELANEOS EDAD>17 SIN CC	9,07
298	10	M	TRASTORNOS NUTRICIONALES & METABOLICOS MISCELANEOS EDAD<18	3,76
299	10	M	ERRORES INNATOS DEL METABOLISMO	5,92
300	10	M	TRASTORNOS ENDOCRINOS CON CC	11,38
301	10	M	TRASTORNOS ENDOCRINOS SIN CC	5,59
302	0	Q	TRASPLANTE RENAL	18,54
303	11	Q	PROCEDIMIENTOS S.RIÑON, URETER & PROC. MAYORES S. VEJIGA POR NEOPLASIA	12,99
304	11	Q	PROC. S. RIÑON, URETER & PROC. MAYORES S. VEJIGA POR P. NO NEOPLASICO CON CC	13,09
305	11	Q	PROC. S. RIÑON, URETER & PROC. MAYORES S. VEJIGA POR P. NO NEOPLASICO SIN CC	8,41
306	11	Q	PROSTATECTOMIA CON CC	8,60
307	11	Q	PROSTATECTOMIA SIN CC	5,85
308	11	Q	PROCEDIMIENTOS MENORES SOBRE VEJIGA CON CC	13,86
309	11	Q	PROCEDIMIENTOS MENORES SOBRE VEJIGA SIN CC	7,84
310	11	Q	PROCEDIMIENTOS TRANSURETRALES CON CC	8,14
311	11	Q	PROCEDIMIENTOS TRANSURETRALES SIN CC	5,35
312	11	Q	PROCEDIMIENTOS SOBRE URETRA, EDAD>17 CON CC	8,13
313	11	Q	PROCEDIMIENTOS SOBRE URETRA, EDAD>17 SIN CC	4,35
314	11	Q	PROCEDIMIENTOS SOBRE URETRA, EDAD<18	4,51
315	11	Q	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS SOBRE RIÑON & TRACTO URINARIO	7,90
316	11	M	INSUFICIENCIA RENAL	9,78
317	11	M	ADMISION PARA DIALISIS RENAL	2,81
318	11	M	NEOPLASIAS DE RIÑON & TRACTO URINARIO CON CC	11,12
319	11	M	NEOPLASIAS DE RIÑON & TRACTO URINARIO SIN CC	6,73
320	11	M	INFECCIONES DE RIÑON & TRACTO URINARIO EDAD>17 CON CC	9,37
321	11	M	INFECCIONES DE RIÑON & TRACTO URINARIO EDAD>17 SIN CC	6,42
322	11	M	INFECCIONES DE RIÑON & TRACTO URINARIO EDAD<18	6,24
323	11	M	CALCULOS URINARIOS CON CC, &/O LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA POR ONDA DE CHOQUE	5,57
324	11	M	CALCULOS URINARIOS SIN CC	4,58

325	11	M	SIGNOS & SINTOMAS DE RIÑÓN & TRACTO URINARIO EDAD>17 CON CC	6,86
326	11	M	SIGNOS & SINTOMAS DE RIÑÓN & TRACTO URINARIO EDAD>17 SIN CC	5,49
327	11	M	SIGNOS & SINTOMAS DE RIÑÓN & TRACTO URINARIO EDAD<18	4,56
328	11	M	ESTENOSIS URETRAL EDAD>17 CON CC	6,50
329	11	M	ESTENOSIS URETRAL EDAD>17 SIN CC	4,29
330	11	M	ESTENOSIS URETRAL EDAD<18	3,14
331	11	M	OTROS DIAGNOSTICOS DE RIÑÓN & TRACTO URINARIO EDAD>17 CON CC	10,02
332	11	M	OTROS DIAGNOSTICOS DE RIÑÓN & TRACTO URINARIO EDAD>17 SIN CC	6,22
333	11	M	OTROS DIAGNOSTICOS DE RIÑÓN & TRACTO URINARIO EDAD<18	6,16
334	12	Q	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE PELVIS MASCULINA CON CC	11,50
335	12	Q	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE PELVIS MASCULINA SIN CC	9,42
336	12	Q	PROSTATECTOMIA TRANSURETRAL CON CC	6,48
337	12	Q	PROSTATECTOMIA TRANSURETRAL SIN CC	5,42
338	12	Q	PROCEDIMIENTOS SOBRE TESTICULO, NEOPLASIA MALIGNA	4,95
339	12	Q	PROCEDIMIENTOS SOBRE TESTICULO, PROCESO NO MALIGNO EDAD>17	3,02
340	12	Q	PROCEDIMIENTOS SOBRE TESTICULO, PROCESO NO MALIGNO EDAD<18	2,27
341	12	Q	PROCEDIMIENTOS SOBRE EL PENE	5,23
342	12	Q	CIRCUNCISION EDAD>17	3,59
343	12	Q	CIRCUNCISION EDAD<18	1,88
344	12	Q	OTROS PROC. QUIRURGICOS DE AP.GENITAL MASC. PARA NEOPLASIA MALIGNA	9,73
345	12	Q	OTROS PROC. QUIRURGICOS DE AP.GENITAL MASC. EXC. PARA NEOPLASIA MALIGNA	7,91
346	12	M	NEOPLASIA MALIGNA, APARATO GENITAL MASCULINO, CON CC	12,67
347	12	M	NEOPLASIA MALIGNA, APARATO GENITAL MASCULINO, SIN CC	7,02
348	12	M	HIPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA CON CC	6,57
349	12	M	HIPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA SIN CC	4,77
350	12	M	INFLAMACION DE APARATO GENITAL MASCULINO	5,56
351	12	M	ESTERILIZACION, VARON	2,29
352	12	M	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO GENITAL MASCULINO	3,81
353	13	Q	EVISERACION PELVICA, HISTERECTOMIA RADICAL & VULVECTOMIA RADICAL	14,43
354	13	Q	PROC. S. UTERO, ANEJOS POR N.MALIGNA NO OVARICAS NI DE ANEJOS CON CC	13,56
355	13	Q	PROC. S. UTERO, ANEJOS POR N.MALIGNA NO OVARICAS NI DE ANEJOS SIN CC	9,33
356	13	Q	PROC. DE RECONSTRUCCION APARATO GENITAL FEMENINO	6,01
357	13	Q	PROC. SOBRE UTERO & ANEJOS POR NEOPLASIA MALIGNA DE OVARIO O ANEJOS	12,07
358	13	Q	PROC. SOBRE UTERO & ANEJOS POR CA.IN SITU & PROCESO NO MALIGNO CON CC	9,06
359	13	Q	PROC. SOBRE UTERO & ANEJOS POR CA.IN SITU & PROCESO NO MALIGNO SIN CC	5,84
360	13	Q	PROCEDIMIENTOS SOBRE VAGINA, CERVIX & VULVA	2,86
361	13	Q	INTERRUPCION TUBARICA POR LAPAROSCOPIA & LAPAROTOMIA	2,88
362	13	Q	INTERRUPCION TUBARICA POR ENDOSCOPIA	1,89
363	13	Q	DILATAACION & LEGRADO, CONIZACION & RADIO-IMPLANTE POR NEOPLASIA MALIGNA	4,48
364	13	Q	DILATAACION & LEGRADO, CONIZACION EXCEPTO POR NEOPLASIA MALIGNA	2,76
365	13	Q	OTROS PROC. QUIRURGICOS DE AP.GENITAL FEMENINO	9,45
366	13	M	NEOPLASIA MALIGNA, APARATO GENITAL FEMENINO, CON CC	11,75
367	13	M	NEOPLASIA MALIGNA, APARATO GENITAL FEMENINO, SIN CC	5,33
368	13	M	INFECCIONES, APARATO GENITAL FEMENINO	4,88
369	13	M	TRASTORNOS MENSTRUALES & OTROS PROBLEMAS DE APARATO GENITAL FEMENINO	3,27
370	14	Q	CESAREA, CON COMPLICACIONES	7,85
371	14	Q	CESAREA, SIN COMPLICACIONES	6,82
372	14	M	PARTO CON COMPLICACIONES	3,52
373	14	M	PARTO SIN COMPLICACIONES	2,81
374	14	Q	PARTO CON ESTERILIZACION Y/O DILATAACION & LEGRADO	4,95
375	14	Q	PARTO CON PROCEDIMIENTO QUIRURGICO EXCEPTO D & L Y/O ESTERILIZACION	2,86
376	14	M	DIAGNOSTICOS POST-PARTO & POST-ABORTO SIN PROCEDIMIENTO QUIRURGICO	3,95
377	14	Q	DIAGNOSTICOS POST-PARTO & POST-ABORTO CON PROCEDIMIENTO QUIRURGICO	3,79
378	14	M	EMBARAZO ECTOPICO	5,18
379	14	M	AMENAZA DE ABORTO	3,81
380	14	M	ABORTO SIN DILATAACION & LEGRADO	2,85

381	14	Q	ABORTO CON DILATACION & LEGRADO, ASPIRACION O HISTEROTOMIA	2,13
382	14	M	FALSO TRABAJO DE PARTO	1,94
383	14	M	OTROS DIAGNOSTICOS ANTEPARTO CON COMPLICACIONES MEDICAS	3,36
384	14	M	OTROS DIAGNOSTICOS ANTEPARTO SIN COMPLICACIONES MEDICAS	3,18
392	16	Q	ESPLENECTOMIA EDAD>17	12,26
393	16	Q	ESPLENECTOMIA EDAD<18	8,84
394	16	Q	OTROS PROC. QUIRURGICOS HEMATOLOGICOS Y DE ORGANOS HEMOPOYETICOS	6,57
395	16	M	TRASTORNOS DE LOS HEMATIES EDAD>17	8,55
397	16	M	TRASTORNOS DE COAGULACION	6,60
398	16	M	TRASTORNO DE S.RETICULOENDOTELIAL & INMUNITARIOS CON CC	9,07
399	16	M	TRASTORNO DE S.RETICULOENDOTELIAL & INMUNITARIOS SIN CC	6,62
400	17	Q	LINFOMA & LEUCEMIA CON PROCEDIMIENTO QUIRURGICO MAYOR	12,84
401	17	Q	LINFOMA & LEUCEMIA NO AGUDA CON OTROS PROC. QUIRURGICOS CON CC	21,01
402	17	Q	LINFOMA & LEUCEMIA NO AGUDA CON OTROS PROC. QUIRURGICOS SIN CC	10,10
403	17	M	LINFOMA & LEUCEMIA NO AGUDA CON CC	12,63
404	17	M	LINFOMA & LEUCEMIA NO AGUDA SIN CC	8,51
406	17	Q	TRAST.MIELOPROLIFERATIVO O NEO. MAL DIFER. CON PROC. QUIRURGICO MAYOR CON CC	17,92
407	17	Q	TRAST.MIELOPROLIFERATIVO O NEO. MAL DIFER. CON PROC. QUIRURGICO MAYOR SIN CC	11,44
408	17	Q	TRAST.MIELOPROLIFERATIVO O NEO. MAL DIFER. CON OTRO PROC. QUIRURGICO	10,13
409	17	M	RADIOTERAPIA	9,32
410	17	M	QUIMIOTERAPIA	4,83
413	17	M	OTROS TRASTORNOS MIELOPROLIFERATIVOS O NEOPLASIAS MAL DIFER. CON CC	11,56
414	17	M	OTROS TRASTORNOS MIELOPROLIFERATIVOS O NEOPLASIAS MAL DIFER. SIN CC	8,10
415	18	Q	PROC. QUIRURGICO POR ENFERMEDADES INFECCIOSAS & PARASITARIAS	15,60
416	18	M	SEPTICEMIA EDAD>17	12,98
417	18	M	SEPTICEMIA EDAD<18	7,72
418	18	M	INFECCIONES POSTOPERATORIAS & POSTRAUMATICAS	9,93
419	18	M	FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO EDAD>17 CON CC	10,28
420	18	M	FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO EDAD>17 SIN CC	8,11
421	18	M	ENFERMEDAD VIRICA EDAD>17	8,24
422	18	M	ENFERMEDAD VIRICA & FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO EDAD<18	4,03
423	18	M	OTROS DIAGNOSTICOS DE ENFERMEDAD INFECCIOSA & PARASITARIA	9,47
424	19	Q	PROC. QUIRURGICO CON DIAGNOSTICO PRINCIPAL DE ENFERMEDAD MENTAL	22,98
425	19	M	REACCION DE ADAPTACION AGUDA & DISFUNCION PSICOSOCIAL	10,04
426	19	M	NEUROSIS DEPRESIVAS	10,98
427	19	M	NEUROSIS EXCEPTO DEPRESIVA	9,34
428	19	M	TRASTORNOS DE PERSONALIDAD & CONTROL DE IMPULSOS	10,70
429	19	M	ALTERACIONES ORGANICAS & RETRASO MENTAL	15,82
430	19	M	PSICOSIS	17,49
431	19	M	TRASTORNOS MENTALES DE LA INFANCIA	11,85
432	19	M	OTROS DIAGNOSTICOS DE TRASTORNO MENTAL	7,21
439	21	Q	INJERTO CUTANEO POR LESION TRAUMATICA	15,95
440	21	Q	DESBRIDAMIENTO HERIDA POR LESION TRAUMATICA, EXCEPTO HERIDA ABIERTA	15,74
441	21	Q	PROCEDIMIENTOS SOBRE MANO POR LESION TRAUMATICA	5,49
442	21	Q	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS POR LESION TRAUMATICA CON CC	16,78
443	21	Q	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS POR LESION TRAUMATICA SIN CC	7,82
444	21	M	LESIONES DE LOCALIZACION NO ESPECIFICADA O MULTIPLE EDAD>17 CON CC	8,33
445	21	M	LESIONES DE LOCALIZACION NO ESPECIFICADA O MULTIPLE EDAD>17 SIN CC	6,60
446	21	M	LESIONES DE LOCALIZACION NO ESPECIFICADA O MULTIPLE EDAD<18	2,42
447	21	M	REACCIONES ALERGICAS EDAD>17	5,18
448	21	M	REACCIONES ALERGICAS EDAD<18	2,25
449	21	M	ENVENENAMIENTO & EFECTO TOXICO DE DROGAS EDAD>17 CON CC	7,97
450	21	M	ENVENENAMIENTO & EFECTO TOXICO DE DROGAS EDAD>17 SIN CC	5,96
451	21	M	-ENVENENAMIENTO & EFECTO TOXICO DE DROGAS EDAD<18	2,66

452	21	M	COMPLICACIONES DE TRATAMIENTO CON CC	8,50
453	21	M	COMPLICACIONES DE TRATAMIENTO SIN CC	6,12
454	21	M	OTROS DIAGNOSTICOS DE LESION, ENVENENAMIENTO & EFECTO TOXICO CON CC	8,80
455	21	M	OTROS DIAGNOSTICOS DE LESION, ENVENENAMIENTO & EFECTO TOXICO SIN CC	4,31
461	23	Q	PROC. QUIRURGICO CON DIAG. DE OTRO CONTACTO CON SERVICIOS SANITARIOS	8,85
462	23	M	REHABILITACION	10,77
463	23	M	SIGNOS & SINTOMAS CON CC	9,96
464	23	M	SIGNOS & SINTOMAS SIN CC	4,70
465	23	M	CUIDADOS POSTERIORES CON HISTORIA DE NEO.MALIGNA COMO DIAG.SECUNDARIO	4,24
466	23	M	CUIDADOS POSTERIORES SIN HISTORIA DE NEO.MALIGNA COMO DIAG.SECUNDARIO	4,14
467	23	M	OTROS FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD	3,71
468	0	Q	PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO EXTENSIVO SIN RELACIÓN CON DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	15,68
471	8	Q	PROC.MAYORES SOBRE ARTICULACION M.INFERIOR, BILATERAL O MULTIPLE	33,84
475	4	M	DIAGNOSTICOS DEL SISTEMA RESPIRATORIO CON VENTILACION ASISTIDA	17,48
476	0	Q	PROCEDIMIENTO QUIRURGICO PROSTATICO NO RELACIONADO CON DIAG. PRINCIPAL	15,08
477	0	Q	PROCEDIMIENTO QUIRURGICO NO EXTENSIVO NO RELACIONADO CON DIAG.PRINCIPAL	10,51
478	5	Q	OTROS PROCEDIMIENTOS VASCULARES CON CC	11,37
479	5	Q	OTROS PROCEDIMIENTOS VASCULARES SIN CC	7,67
480	0	Q	TRASPLANTE HEPATICO	28,60
482	0	Q	TRAQUEOSTOMIA CON TRASTORNOS DE BOCA, LARINGE O FARINGE	26,76
483	0	Q	TRAQUEOSTOMIA, EXCEPTO POR TRASTORNOS DE BOCA, LARINGE O FARINGE	54,86
491	8	Q	PROCEDIMIENTOS MAYORES REIMPLANTACION ARTICULACION & MIEMBRO EXTR.SUPERIOR	10,76
493	7	Q	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA SIN EXPLORAC. CONDUCTO BILIAR CON CC	8,07
494	7	Q	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA SIN EXPLORAC. CONDUCTO BILIAR SIN CC	4,21
530	1	Q	CRANEOTOMIA CON CC MAYOR	32,29
531	1	Q	PROCEDIMIENTOS SISTEMA NERVIOSO EXCEPTO CRANEOTOMIA CON CC MAYOR	38,95
532	1	M	AIT, OCLUSIONES PRECEREBRALES, CONVULSIONES & CEFALEA CON CC MAYOR	13,25
533	1	M	OTROS TRAST. SISTEMA NERVIOSO EXC. AIT, CONVULSIONES & CEFALEA CON CC MAYOR	19,11
534	2	Q	PROCEDIMIENTOS OCULARES CON CC MAYOR	7,54
535	2	M	TRASTORNOS OCULARES CON CC MAYOR	10,76
536	3	Q	PROCEDIMIENTOS ORL & BUCALES EXCEPTO PROC.MAYORES CABEZA & CUELLO	10,70
538	4	Q	PROCEDIMIENTOS TORACICOS MAYORES CON CC MAYOR	17,44
539	4	Q	PROCEDIMIENTOS RESPIRATORIOS EXCEPTO PROC.TORACICOS MAYORES CON CC MAYOR	23,72
540	4	M	INFECCIONES & INFLAMACIONES RESPIRATORIAS CON CC MAYOR	18,56
541	4	M	TRAST.RESPIRATORIOS EXC. INFECCIONES, BRONQUITIS, ASMA CON CC MAYOR	12,11
542	4	M	BRONQUITIS & ASMA CON CC MAYOR	9,05
543	5	M	TRAST.CIRCULATORIOS EXCEPTO IAM, ENDOCARDITIS, ICC & ARRITMIA CON CC MAYOR	12,55
544	5	M	ICC & ARRITMIA CARDIACA CON CC MAYOR	12,24
545	5	Q	PROCEDIMIENTO VALVULAR CARDIACO CON CC MAYOR	30,22
546	5	Q	BYPASS CORONARIO CON CC MAYOR	30,08
547	5	Q	OTROS PROCEDIMIENTOS CARDIOTORACICOS CON CC MAYOR	31,55
548	5	Q	IMPLANTACION O REVISION DE MARCAPASOS CARDIACO CON CC MAYOR	18,55
549	5	Q	PROCEDIMIENTOS CARDIOVASCULARES MAYORES CON CC MAYOR	26,98
550	5	Q	OTROS PROCEDIMIENTOS VASCULARES CON CC MAYOR	18,90
551	6	M	ESOFAGITIS, GASTROENTERITIS & ULCERA NO COMPLICADA CON CC MAYOR	11,35
552	6	M	TRAST. AP. DIGESTIVO EXCEPTO ESOF., GASTROENT. & ULC.NO COMPL. CON CC MAYOR	15,37
553	6	Q	PROC.AP.DIGEST. EXCEPTO HERNIA & PROC.MAYOR ESTOMAGO O INTEST. CON CC MAYOR	17,83
554	6	Q	PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA CON CC MAYOR	12,35
555	7	Q	PROC. PANCREAS, HIGADO & OTROS VIA BILIAR EXC. TRASPL.HEPATICO CON CC MAYOR	32,81
556	7	Q	COLECISTECTOMIA Y OTROS PROCEDIMIENTOS HEPATOBILIARES CON CC MAYOR	18,00
557	7	M	TRASTORNOS HEPATOBILIARES Y DE PANCREAS CON CC MAYOR	14,47
558	8	Q	PROC.MUSCULOESQUELETICO MAYOR EXC. ARTIC.MAYOR BILATERAL O MULTIPLE CON CC MAYOR	27,95

559	8	Q	PROCEDIMIENTOS MUSCULOESQUELETICOS NO MAYORES CON CC MAYOR	19,89
560	8	M	TRAST.MUSCULOESQ.EXC.OSTEOMIEL.,ART.SEPTICA & TRAST.T.CONECT. CON CC MAYOR	16,48
561	8	M	OSTEOMIELITIS, ARTRITIS SEPTICA & TRAST.T.CONECT. CON CC MAYOR	21,00
562	9	M	TRASTORNOS MAYORES DE PIEL & MAMA CON CC MAYOR	16,43
563	9	M	OTROS TRASTORNOS DE PIEL CON CC MAYOR	14,72
564	9	Q	PROCEDIMIENTOS SOBRE PIEL & MAMA CON CC MAYOR	18,57
565	10	Q	PROCEDIMIENTOS ENDOCR.,NUTRIC. & METAB. EXC.AMPUTACION M.INF. CON CC MAYOR	17,25
566	10	M	TRAST. ENDOCRINO, NUTRIC. & METAB. EXC. TRAST. DE INGESTA O CF CON CC MAYOR	15,75
567	11	Q	PROCEDIMIENTOS RIÑON & TRACTO URINARIO EXCEPTO TRASPLANTE RENAL CON CC MAYOR	24,45
568	11	M	INSUFICIENCIA RENAL CON CC MAYOR	14,22
569	11	M	TRAST. DE RIÑON & TRACTO URINARIO EXCEPTO INSUFICIENCIA RENAL CON CC MAYOR	14,78
570	12	M	TRASTORNOS APARATO GENITAL MASCULINO CON CC MAYOR	14,60
571	12	Q	PROCEDIMIENTOS APARATO GENITAL MASCULINO CON CC MAYOR	14,98
572	13	M	TRASTORNOS APARATO GENITAL FEMENINO CON CC MAYOR	17,38
573	13	Q	PROCEDIMIENTOS NO RADICALES APARATO GENITAL FEMENINO CON CC MAYOR	14,33
574	16	M	TRASTORNOS DE SANGRE, ORGANOS HEMOPOYETICOS & INMUNOLOGICOS CON CC MAYOR	14,25
575	16	Q	PROCEDIMIENTOS S. SANGRE, ORGANOS HEMOPOYETICOS & INMUNOLOGICOS CON CC MAYOR	22,15
576	17	M	LEUCEMIA AGUDA CON CC MAYOR	28,07
577	17	M	TRAST. MIELOPROLIFERATIVO & NEO. MAL DIFERENCIADA CON CC MAYOR	15,17
578	17	M	LINFOMA & LEUCEMIA NO AGUDA CON CC MAYOR	19,57
579	17	Q	PROCEDIMIENTOS PARA LINFOMA, LEUCEMIA & TRAST.MIELOPROLIFERATIVO CON CC MAYOR	35,98
580	18	M	INFECCIONES & PARASITOSIS SISTEMICAS EXCEPTO SEPTICEMIA CON CC MAYOR	15,13
581	18	Q	PROCEDIMIENTOS PARA INFECCIONES & PARASITOSIS SISTEMICAS CON CC MAYOR	29,15
582	21	M	LESIONES EXCEPTO TRAUMA MULTIPLE CON CC MAYOR	12,90
583	21	Q	PROCEDIMIENTOS PARA LESIONES EXCEPTO TRAUMA MULTIPLE CON CC MAYOR	23,65
584	18	M	SEPTICEMIA CON CC MAYOR	16,01
585	6	Q	PROCEDIMIENTO MAYOR ESTOMAGO,ESOFAGO,DUODENO,I.DELGADO & GRUESO CON CC MAYOR	26,02
586	3	M	TRASTORNOS ORALES Y BUCALES CON CC MAYOR, EDAD > 17	13,93
587	3	M	TRASTORNOS ORALES Y BUCALES CON CC MAYOR, EDAD < 18	8,33
602	15	M	NEONATO, PESO AL NACER <750 G, ALTA CON VIDA	77,30
603	15	M	NEONATO, PESO AL NACER <750 G, EXITUS	13,88
604	15	M	NEONATO, PESO AL NACER 750-999 G, ALTA CON VIDA	73,13
605	15	M	NEONATO, PESO AL NACER 750-999 G, EXITUS	25,79
606	15	Q	NEONATO, PESO AL NACER 1000-1499 G, CON P.QUIRURGICO SIGNIF., ALTA CON VIDA	53,10
607	15	M	NEONATO, PESO AL NACER 1000-1499 G, SIN P.QUIRURGICO SIGNIF., ALTA CON VIDA	44,50
608	15	M	NEONATO, PESO AL NACER 1000-1499 G, EXITUS	9,90
609	15	Q	NEONATO, PESO AL NACER 1500-1999 G, CON P.QUIR.SIGNIF., CON MULT.PROB.MAYORES	56,27
610	15	Q	NEONATO, PESO AL NACER 1500-1999 G, CON P.QUIR.SIGNIF., SIN MULT.PROB.MAYORES	22,87
611	15	M	NEONATO, PESO AL NACER 1500-1999 G, SIN P.QUIR.SIGNIF., CON MULT.PROB.MAYORES	31,42
612	15	M	NEONATO, PESO AL NACER 1500-1999 G, SIN P.QUIR.SIGNIF., SIN MULT.PROB.MAYORES	26,00
613	15	M	NEONATO, PESO AL NACER 1500-1999 G, SIN P.QUIR.SIGNIF., CON PROBLEMAS MENORES	24,01
614	15	M	NEONATO, PESO AL NACER 1500-1999 G, SIN P.QUIR.SIGNIF., CON OTROS PROBLEMAS	18,62
615	15	Q	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G, CON P.QUIR.SIGNIF., CON MULT.PROB.MAYORES	25,67
616	15	Q	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G, CON P.QUIR.SIGNIF., SIN MULT.PROB.MAYORES	21,44
617	15	M	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G, SIN P.QUIR.SIGNIF., CON MULT.PROB.MAYORES	20,77

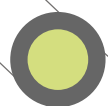
618	15	M	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G, SIN P.QUIR.SIGNIF., CON PROBLEMAS MAYORES	14,27
619	15	M	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G, SIN P.QUIR.SIGNIF., CON PROBLEMAS MENORES	11,09
620	15	M	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G, SIN P.QUIR.SIGNIF., DIAG. NEONATO NORMAL	7,54
621	15	M	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G, SIN P.QUIR.SIGNIF., CON OTROS PROBLEMAS	9,91
622	15	Q	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, CON P.QUIR.SIGNIF., CON MULT.PROB.MAYORES	43,32
623	15	Q	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, CON P.QUIR.SIGNIF., SIN MULT.PROB.MAYORES	21,76
624	15	Q	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, CON PROCEDIMIENTO ABDOMINAL MENOR	7,88
626	15	M	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, SIN P.QUIR.SIGNIF., CON MULT.PROB.MAYORES	15,00
627	15	M	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, SIN P.QUIR.SIGNIF., CON PROBLEMAS MAYORES	8,53
628	15	M	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, SIN P.QUIR.SIGNIF., CON PROBLEMAS MENORES	6,22
629	15	M	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, SIN P.QUIR.SIGNIF., DIAG NEONATO NORMAL	3,43
630	15	M	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, SIN P.QUIR.SIGNIF., CON OTROS PROBLEMAS	5,36
631	4	M	BPD Y OTRAS ENFRENSATORIAS CRONICAS CON ORIGEN EN PERIODO PERINATAL	8,88
633	23	M	OTRAS ANOMALIAS CONGENITAS, MULTIPLES Y NO ESPECIFICADAS, CON CC	15,64
634	23	M	OTRAS ANOMALIAS CONGENITAS, MULTIPLES Y NO ESPECIFICADAS, SIN CC	4,20
636	23	M	CUIDADOS POSTERIORES LACTANTE PARA INCREMENTO DE PESO, EDAD>28 DIAS, <1 AÑO	6,43
637	15	M	NEONATO, EXITUS DENTRO DEL PRIMER DIA, NACIDO EN EL CENTRO	1,00
638	15	M	NEONATO, EXITUS DENTRO DEL PRIMER DIA, NO NACIDO EN EL CENTRO	1,00
639	15	M	NEONATO, TRASLADADO CON <5 DIAS, NACIDO EN EL CENTRO	1,38
640	15	M	NEONATO, TRASLADADO CON <5 DIAS, NO NACIDO EN EL CENTRO	1,28
641	15	Q	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, CON OXIGENACION MEMBRANA EXTRACORPOREA	3,00
650	14	Q	CESAREA DE ALTO RIESGO CON CC	9,61
651	14	Q	CESAREA DE ALTO RIESGO SIN CC	8,56
652	14	Q	PARTO VAGINAL DE ALTO RIESGO CON ESTERILIZACION Y/O D+L	5,69
700	24	Q	TRAQUEOSTOMIA POR INFECCION HIV	122,67
701	24	Q	HIV CON PROCED. QUIRURGICO Y VENTILACION MECANICA O SOPORTE ALIMENTICIO	36,63
702	24	Q	HIV CON PROCED. QUIRURGICO CON INFECC. MAYORES MULTIPLES RELACIONADAS	89,00
703	24	Q	HIV CON PROCED. QUIRURGICO CON DIAGNOSTICO RELACIONADO MAYOR	20,94
704	24	Q	HIV CON PROCED. QUIRURGICO SIN DIAGNOSTICO RELACIONADO MAYOR	18,33
705	24	M	HIV CON INFECC. MAYORES MULTIPLES RELACIONADAS CON TUBERCULOSIS	26,59
706	24	M	HIV CON INFECC. MAYORES MULTIPLES RELACIONADAS SIN TUBERCULOSIS	23,65
707	24	M	HIV CON VENTILACION MECANICA O SOPORTE ALIMENTICIO	27,76
709	24	M	HIV CON DIAG MAYORES RELACIONADOS CON DIAG MAYORES MULT. O SIGNIF. CON TB	19,15
710	24	M	HIV CON DIAG MAYORES RELACIONADOS CON DIAG MAYORES MULT. O SIGNIF. SIN TB	18,56
711	24	M	HIV CON DIAG MAYORES RELACIONADOS SIN DIAG MAYORES MULT. O SIGNIF. CON TB	16,15
712	24	M	HIV CON DIAG MAYORES RELACIONADOS SIN DIAG MAYORES MULT. O SIGNIF. SIN TB	14,19
714	24	M	HIV CON DIAGNOSTICO RELACIONADO SIGNIFICATIVO	11,83
715	24	M	HIV CON OTROS DIAGNOSTICOS RELACIONADOS	9,48
716	24	M	HIV SIN OTROS DIAGNOSTICOS RELACIONADOS	6,83
730	25	Q	CRANEOTOMIA PARA TRAUMA MULTIPLE SIGNIFICATIVO	22,43
731	25	Q	PROC. S. COLUMNA, CADERA, FEMUR O MIEMBROS POR TRAUMA MULTIPLE SIGNIFICATIVO	25,57
732	25	Q	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS PARA TRAUMA MULTIPLE SIGNIFICATIVO	22,60
733	25	M	DIAGNOSTICOS DE TRAUMA MULTIPLE SIGNIFICATIVO CABEZA, TORAX Y M.INFERIOR	13,44
734	25	M	OTROS DIAGNOSTICOS DE TRAUMA MULTIPLE SIGNIFICATIVO	11,00
737	1	Q	REVISION DE DERIVACION VENTRICULAR EDAD<18	14,91
738	1	Q	CRANEOTOMIA EDAD<18 CON CC	26,94
739	1	Q	CRANEOTOMIA EDAD<18 SIN CC	18,86
740	4	M	FIBROSIS QUISTICA	12,75
744	20	M	ABUSO O DEPENDENCIA DE OPIACEOS CON CC	11,39
745	20	M	ABUSO O DEPENDENCIA DE OPIACEOS SIN CC	12,54
747	20	M	ABUSO O DEPENDENCIA DE COCAINA U OTRAS DROGAS CON CC	13,98

748	20	M	ABUSO O DEPENDENCIA DE COCAINA U OTRAS DROGAS SIN CC	9,37
750	20	M	ABUSO O DEPENDENCIA DE ALCOHOL, CON CC	11,67
751	20	M	ABUSO O DEPENDENCIA DE ALCOHOL, SIN CC	8,78
752	21	M	ENVENENAMIENTO POR PLOMO	3,00
753	10	M	REHABILITACION PARA TRASTORNO COMPULSIVO NUTRICIONAL	18,95
755	8	Q	FUSION VERTEBRAL CON CC	20,35
756	8	Q	FUSION VERTEBRAL SIN CC	13,29
757	8	Q	PROCEDIMIENTOS SOBRE ESPALDA & CUELLO EXC. FUSION ESPINAL CON CC	19,62
758	8	Q	PROCEDIMIENTOS SOBRE ESPALDA & CUELLO EXC. FUSION ESPINAL SIN CC	9,87
759	3	Q	IMPLANTES COCLEARES MULTICANAL	3,66
760	16	M	HEMOFILIA, FACTORES VIII Y IX	4,10
761	1	M	ESTUPOR & COMA TRAUMATICOS, COMA > 1 H	9,51
762	1	M	CONMOCION, LESION INTRACRANEAL CON COMA<1H O SIN COMA EDAD<18	2,09
763	1	M	ESTUPOR & COMA TRAUMATICOS, COMA < 1 H, EDAD < 18	5,18
764	1	M	CONMOCION, LESION INTRACRANEAL CON COMA<1H. O SIN COMA EDAD>17 CON CC	7,85
765	1	M	CONMOCION, LESION INTRACRANEAL CON COMA<1H. O SIN COMA EDAD>17 SIN CC	5,30
766	1	M	ESTUPOR & COMA TRAUMATICOS, COMA<1H, EDAD>17 CON CC	11,53
767	1	M	ESTUPOR & COMA TRAUMATICOS, COMA<1H, EDAD>17 SIN CC	9,06
768	1	M	CONVULSIONES & CEFALEA EDAD<18 CON CC	6,37
769	1	M	CONVULSIONES & CEFALEA EDAD<18 SIN CC	4,78
770	4	M	INFECCIONES & INFLAMACIONES RESPIRATORIAS EDAD<18 CON CC	10,91
771	4	M	INFECCIONES & INFLAMACIONES RESPIRATORIAS EDAD<18 SIN CC	4,72
772	4	M	NEUMONIA SIMPLE & PLEURITIS EDAD<18 CON CC	8,00
773	4	M	NEUMONIA SIMPLE & PLEURITIS EDAD<18 SIN CC	5,77
774	4	M	BRONQUITIS & ASMA EDAD<18 CON CC	7,37
775	4	M	BRONQUITIS & ASMA EDAD<18 SIN CC	4,85
776	6	M	ESOFAGITIS, GASTROENTERITIS & TRAST.DIGESTIVOS MISCELANEOS EDAD<18 CON CC	5,89
777	6	M	ESOFAGITIS, GASTROENTERITIS & TRAST.DIGESTIVOS MISCELANEOS EDAD<18 SIN CC	4,05
778	6	M	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO DIGESTIVO EDAD<18 CON CC	3,70
779	6	M	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO DIGESTIVO EDAD<18 SIN CC	3,49
780	17	M	LEUCEMIA AGUDA SIN PROCEDIMIENTO QUIRURGICO MAYOR EDAD<18 CON CC	17,63
781	17	M	LEUCEMIA AGUDA SIN PROCEDIMIENTO QUIRURGICO MAYOR EDAD<18 SIN CC	12,26
782	17	M	LEUCEMIA AGUDA SIN PROCEDIMIENTO QUIRURGICO MAYOR EDAD>17 CON CC	20,59
783	17	M	LEUCEMIA AGUDA SIN PROCEDIMIENTO QUIRURGICO MAYOR EDAD>17 SIN CC	15,16
784	16	M	ANEMIA HEMOLITICA ADQUIRIDA O CRISIS ENF.CEL.FALCIFORMES EDAD<18	7,48
785	16	M	OTROS TRASTORNOS DE LOS HEMATIES EDAD<18	5,38
786	3	Q	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE CABEZA & CUELLO POR NEOPLASIA MALIGNA	26,23
787	7	Q	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA CON EXPLORACION VIA BILIAR	15,91
789	8	Q	REIMPLANTACION MAYOR DE ARTICULACION & MIEMBRO EXTR.INFERIOR, EXCEPTO CADERA CON CC	18,33
790	8	Q	DESBR.HERIDA & INJ.PIEL POR HER.ABIERTA, TRAST.MUSC.ESQ. & T.CONECT EXC MANO	6,85
791	21	Q	DESRIDAMIENTO DE HERIDA POR LESIONES CON HERIDA ABIERTA	12,52
792	25	Q	CRANEOTOMIA POR TRAUMA MULTIPLE SIGNIF. CON CC MAYOR NO TRAUMATICA	27,91
793	25	Q	PROC. POR TRAUMA MULTIPLE SIGNIF. EXC. CRANEOTOMIA CON CC MAYOR NO TRAUMATICA	31,47
794	25	M	DIAGNOSTICO DE TRAUMA MULTIPLE SIGNIFICATIVO CON CC MAYOR NO TRAUMATICA	21,45
795	0	Q	TRASPLANTE DE PULMON	36,00
796	5	Q	REVASCULARIZACION EXTREMIDAD INFERIOR CON CC	25,31
797	5	Q	REVASCULARIZACION EXTREMIDAD INFERIOR SIN CC	18,53
798	4	Q	TUBERCULOSIS CON PROCEDIMIENTO QUIRURGICO	20,92
800	4	M	TUBERCULOSIS CON CC	19,03
801	4	M	TUBERCULOSIS SIN CC	12,26
802	4	M	NEUMOCISTOSIS	21,60
803	0	Q	TRASPLANTE DE MEDULA OSEA ALOGENICO	38,19
804	0	Q	TRASPLANTE DE MEDULA OSEA AUTOLOGO	24,64
805	0	Q	TRASPLANTE SIMULTANEO DE RIÑON Y PANCREAS	29,69



806	8	Q	FUSION VERTEBRAL ANTERIOR/POSTERIOR COMBINADA CON CC	43,67
807	8	Q	FUSION VERTEBRAL ANTERIOR/POSTERIOR COMBINADA SIN CC	30,10
808	5	Q	PROCED. CARDIOVASC. PERCUTANEOS CON IMA, FALLO CARDIACO O SHOCK	12,09
809	5	Q	OTROS PROCED. CARDIOTORACICOS CON DIAG PRINCIPAL DE ANOMALIA	16,80
810	1	M	HEMORRAGIA INTRACRANEAL	12,30
811	5	Q	IMPLANTE DESFIBRILADOR CARDIACO Y SISTEMA DE ASISTENCIA CARDIACA	17,40
812	5	M	MALFUNCION, REACCION O COMPL. DE DISPOSITIVO O PROC. CARDIAC. O VASCULAR	8,71
813	6	M	GASTROENTERITIS NO BACTERIANA Y DOLOR ABDOMINAL EDAD > 17 CON CC	8,50
814	6	M	GASTROENTERITIS NO BACTERIANA Y DOLOR ABDOMINAL EDAD > 17 SIN CC	5,52
815	6	M	GASTROENTERITIS NO BACTERIANA Y DOLOR ABDOMINAL EDAD < 18 CON CC	4,39
816	6	M	GASTROENTERITIS NO BACTERIANA Y DOLOR ABDOMINAL EDAD < 18 SIN CC	3,39
817	8	Q	SUSTITUCION DE CADERA POR COMPLICACIONES	18,92
818	8	Q	SUSTITUCION DE CADERA EXCEPTO POR COMPLICACIONES	12,22
819	11	Q	CREACION, REVISION O RETIRADA DE DISPOSITIVO DE ACCESO RENAL	6,44
820	11	M	MALFUNCION, REACCION O COMPL. DE DISPOSITIVO, INJERTO O TRANSPLANTE GENITOURINARIO	5,94
821	22	Q	QUEMADURAS EXTENSAS DE 3º GRADO CON INJERTO DE PIEL	53,81
822	22	M	QUEMADURAS EXTENSAS DE 3º GRADO SIN INJERTO DE PIEL	6,08
823	22	Q	QUEMADURAS DE ESPESOR TOTAL CON INJ. PIEL O LESIONES INHALACION CON CC O TRAUMA SIG.	34,35
824	22	Q	QUEMADURAS DE ESPESOR TOTAL CON INJ. PIEL O LESIONES INHALACION SIN CC O TRAUMA SIG.	19,11
825	22	M	QUEMADURAS DE ESPESOR TOTAL SIN INJ. PIEL O LESIONES INHALACION CON CC O TRAUMA SIG.	12,00
826	22	M	QUEMADURAS DE ESPESOR TOTAL SIN INJ. PIEL O LESIONES INHALACION SIN CC O TRAUMA SIG.	8,41
827	22	M	QUEMADURAS NO EXTENSAS CON LESION POR INHALACION, CC O TRAUMA SIGNIFICATIVO	17,55
828	22	M	QUEMADURAS NO EXTENSAS SIN LESION POR INHALACION, CC O TRAUMA SIGNIFICATIVO	9,87





## Anexo 16

# Modelo de acuerdo de gestión entre distritos y hospitales



Las estrategias de desarrollo del Sistema Público de Salud de Andalucía se articulan alrededor de la idea de hacer del ciudadano centro real del sistema y motivo fundamental de su organización.

En este marco constituye un elemento de primer orden la eliminación de cualquier factor que pueda producir fracturas en la continuidad asistencial entre 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 GESTIÓN que anualmente suscriben Hospitales y Distritos del SAS. La experiencia ha mostrado la bondad y utilidad de este acuerdo en el caso de la definición, ordenación y gestión de las interconsultas 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
- Acceso a pruebas diagnósticas
- Hospitalización y cuidados domiciliarios
- Urgencias
- Cirugía
- Anticoagulación
- Quimioterapia
- Fisioterapia
- Oxigenoterapia
- Atención bucodental al paciente discapacitado psíquico
- Docencia e investigación
- Gestión de Recursos

### GESTIÓN POR PROCESOS

Los Distritos Sanitarios y Hospitales, de acuerdo con las líneas establecidas por el Plan Marco de Calidad y Eficiencia de la Consejería de Salud y las directrices de la DGAS, deberán articular las medidas necesarias para asegurar una provisión de servicios de la máxima calidad, garantizar y facilitar la accesibilidad de los usuarios, asegurar la continuidad de la atención sanitaria, fomentar el más alto nivel de calidad científico-técnica, promover la docencia y la investigación y elevar el nivel de satisfacción de los usuarios de ambos niveles asistenciales.

Los procesos asistenciales constituyen una herramienta básica de trabajo para garantizar la calidad de las prestaciones en el SSPA. La implantación de los procesos asistenciales en el SAS, se realizará por tanto de manera coordinada entre Atención Primaria y Especializada, de acuerdo con las siguientes líneas de actuación:

- Desarrollo de la estructura organizativa interniveles.
- Realización de un análisis de situación previo a la implantación de cada proceso asistencial.
- Desarrollo de la arquitectura 4 del proceso en el ámbito local.
- Desarrollo del plan de comunicación interno.
- Formación de profesionales.
- Desarrollo del sistema de información.
- Desarrollo de una estrategia para la evaluación y mejora continua del proceso.

A tal fin se plasman los siguientes acuerdos entre el Hospital y el Distrito Sanitario para la implantación, evaluación y mejora continua de los procesos asistenciales:

#### Procesos priorizados.

Durante 2004 el Hospital y los Distritos Sanitarios continuarán desarrollando las líneas de actuación para la implantación de procesos asistenciales de entre los priorizados e incluidos en los Acuerdos de Colaboración Interniveles de 2003 y aquellos nuevos que se incorporen en 2004, hasta alcanzar un mínimo de 14 procesos asistenciales en el Área Hospitalaria. Se priorizarán de entre los nuevos, los vinculados a los Planes Integrales Autonómicos (Oncológico, Enfermedades Cardíacas, Diabetes, Salud Mental y Accidentabilidad) así como la EPOC y demencias.

PROCESOS INCLUIDOS	FECHA DE IMPLANTACIÓN	CENTROS/ SERVICIOS IMPLICADOS EN LA IMPLANTACIÓN

**Estructura organizativa**

La estructura organizativa para el desarrollo de los procesos asistenciales en Hospitales y Distritos Sanitarios se llevará a cabo según directrices establecidas por la DGAS (nota Interior de la Subdirección de Coordinación de Salud de Agosto 2002 sobre la Implantación de procesos asistenciales).

**Comisión Mixta Interniveles de Calidad**

El Hospital, los Distritos Sanitarios y las Áreas Sanitarias deberán articular las medidas necesarias que aseguren la existencia de una comisión mixta interniveles de calidad de carácter único en el Área Hospitalaria.

En esta comisión deberán participar directivos y profesionales del Hospital y los Distritos adscritos y tendrá como función, dirigir, priorizar, supervisar y evaluar la implantación de los procesos asistenciales en el Área Hospitalaria, potenciando el desarrollo de estructuras de calidad en ambos niveles asistenciales.

Esta comisión deberá fijar para el 2004 un calendario de reuniones en cuyas actas se recojan los temas abordados y acuerdos alcanzados.

**Cuadro de mandos**

Será responsabilidad de la comisión mixta interniveles la existencia de un cuadro de mandos que contenga información relativa a atención primaria y especializada y que permita monitorizar el cumplimiento de las normas de calidad de los procesos asistenciales priorizados en el Área. El cuadro de mandos deberá permitir también la elaboración de informes para el análisis global de la implantación de los procesos asistenciales.

Para cada proceso asistencial incluido en el cuadro de mandos se deberá recoger, de manera sintética y con una periodicidad mínima semestral, al menos la siguiente información:

- Periodo evaluado.
- Fuente de datos.
- Modo de obtención de los datos (por muestreo o del total de pacientes incluidos en el proceso durante el periodo evaluado).
- Resultados sobre el cumplimiento de normas de calidad.
- Estándar establecido para la norma de calidad cuando exista.
- Análisis del desarrollo de la implantación del proceso asistencial.
- Priorización de intervenciones y propuestas de mejora.

**Grupos de Desarrollo e Implantación**

Para desarrollar cada uno de los procesos asistenciales priorizados se constituirá en el Área Hospitalaria un grupo de trabajo interniveles (grupo de desarrollo e implantación). Entre los participantes deberán estar representados los servicios y perfiles profesionales necesarios para el desarrollo del proceso.

Este grupo será el encargado de:

- realizar el análisis de situación y la adaptación del proceso a su ámbito de aplicación previo a su implantación (según modelo estandarizado).
- concretar en el nivel local las actividades y tareas a desarrollar, los procedimientos y profesionales implicados (nivel de arquitectura 4 del proceso asistencial).
- proponer un plan de implantación en el Área Hospitalaria y apoyar las tareas de difusión, formación, evaluación y mejora continua de calidad del proceso asistencial.

A través de actas, los grupos de desarrollo e implantación recogerán los temas abordados y los acuerdos alcanzados en cada reunión en relación con la implantación, evaluación y mejora de los procesos asistenciales en el Área.

### **Grupos de Implantación Local**

Para desarrollar cada uno de los procesos asistenciales priorizados en el ámbito local (servicios, ZBS o centro, unidades clínicas) se constituirán grupos de implantación local. Dichos grupos podrán tener, cuando sea necesario, una composición mixta entre Hospital y Distritos y, si así lo aconseja la naturaleza del proceso, actuarán como grupo de mejora, con metodología de grupo focal con inclusión de representantes de las asociaciones de autoayuda relacionadas.

### **Plan de Comunicación Interno**

La comisión mixta interniveles debe promover la elaboración de un Plan de Comunicación Interno en el Área Hospitalaria como parte de las actividades para la implantación de los procesos asistenciales, que facilite la difusión entre los profesionales implicados de la información relacionada con dicha implantación (documento de gestión del proceso, planes de formación, arquitectura tipo 4 de cada proceso asistencial, resultados de evaluaciones, desarrollo de grupos de mejora y aspectos metodológicos y organizativos).

Las vías utilizadas para la comunicación serán las habituales dentro de cada servicio o centro (Información facilitada desde la dirección, sesiones clínicas, formación continuada o reuniones específicas para la difusión). La efectividad del Plan de Comunicación podrá ser evaluada mediante auditorías.

### **Plan de Formación**

La comisión mixta interniveles incorporará al Plan de Formación para 2004 del Área Hospitalaria contenidos docentes según las necesidades de formación identificadas para cada proceso asistencial e impulsará la colaboración de los profesionales de ambos niveles asistenciales en las tareas de formación.

### **Mejora continua**

La comisión mixta interniveles impulsará a lo largo del 2004 la mejora continua de los procesos asistenciales mediante actividades desarrolladas en los distintos niveles que incrementen la calidad de la atención sanitaria (revisiones científico-técnicas, propuestas organizativas sobre los servicios y el uso de recursos, evaluaciones, auditorías, etc.).

Para ello facilitará el desarrollo de grupos de mejora y otras estructuras informales de calidad de carácter internivel en sus centros. Estos grupos se constituirán como elementos de soporte y apoyo a la estrategia de calidad tal y como establece la guía de diseño y mejora continua de los procesos asistenciales del SSPA.

Estos grupos de profesionales, de carácter estable (grupos de Desarrollo y comisiones de calidad) o puntuales, analizarán y realizarán propuestas que permitan corregir situaciones identificadas como problemáticas en el desarrollo de las actividades que se describen en el proceso asistencial.

Deberá existir constancia (actas) de los problemas abordados, del análisis de sus causas y de las medidas de mejora identificadas y propuestas para su implantación.



## CONSULTAS

### **Demanda y Oferta de consultas (incluida salud mental)**

El Hospital garantizará, a través del procedimiento que se establezca, la disponibilidad de información actualizada sobre la oferta de especialistas y servicios elegibles, concretando como mínimo para cada especialidad los siguientes aspectos:

- Consultas de esa especialidad.
- Tipología de la consulta (jerarquizada o de cupo).
- Ubicación de la consulta.
- Días hábiles en que tiene lugar la consulta.
- Hora de inicio y fin de la consulta.
- Demora media de la consulta.
- Oferta de primeras consultas para el año para el Distrito.

La Dirección del Distrito pactará con el Hospital para el año 2004 su demanda de primeras consultas para cada especialidad teniendo en cuenta la prevalencia de las distintas patologías y los datos históricos de frecuentación. Dicho pacto se formalizará en el formato estándar remitido por los SSCC y será revisado trimestralmente por ambas partes. Tanto el pacto inicial como sus revisiones serán remitidos a los SSCC del SAS.

El Hospital se compromete a mantener como mínimo la oferta pactada durante todo el ejercicio para el que se realice el acuerdo sin realizar desprogramaciones. En caso de situaciones excepcionales que obliguen a la anulación de una consulta, el Hospital reubicará las citas afectadas entre el resto de facultativos de la misma especialidad. Esta reubicación le será comunicada al paciente por vía urgente y en ningún caso afectará al tiempo de respuesta establecido en el Decreto de Garantía de Plazo de Respuesta en Atención a Procesos Asistenciales, Primeras Consultas Especializadas y Procedimientos Diagnósticos en el SSPA.

El Distrito se compromete a que su demanda no supere el nivel de consultas pactado y aportará las pruebas diagnósticas que puedan realizarse en el centro de salud para el proceso de que se trate (espirometría, ECG, radiografía básica, test de O'Sullivan y extracción analítica)

### **Citación:**

El Hospital abrirá en el presente ejercicio vías de citación "on line", para las primeras citas de los especialistas del Área Hospitalaria.

En tanto no se dispongan de vías de citación "on line", para las primeras citas de especialistas, el Hospital garantizará la disponibilidad de información actualizada mensualmente sobre la oferta de especialistas y servicios para Atención Primaria en el formato estandarizado antes mencionado. 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 de salud lo comunicará al usuario de forma inmediata.

### **Procedimiento de atención a las consultas**

Al paciente se le informará sobre la posibilidad de elegir entre todos los especialistas con agenda de consultas, incluyendo el lugar y horario de la consulta y la demora de la misma.

La solicitud de la consulta se realizará en el modelo P-111 cumplimentando:

- Datos identificativos del paciente
- Datos identificativos del medico solicitante
- Motivo de la solicitud y/o identificación del proceso asistencial integrado en su caso.

- Información clínica relevante: antecedentes de interés, datos más relevantes de la anamnesis y exploración, resultados de pruebas complementarias y orientación diagnóstica.
- Cuidador principal en su caso.
- Diagnóstico/Valoración social, en su caso.

Hasta que se produzca el alta clínica por parte del Hospital, las citas para las visitas sucesivas, pruebas diagnósticas e interconsultas serán gestionadas desde el Hospital.

El Hospital enviará al Centro de Salud el Informe de alta, 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 identificación del cuidador principal en el ámbito familiar en los casos en que sea preciso.
- El diagnóstico social y el trabajador social de referencia en los casos en que se considere que la situación de riesgo social debe ser tenida en cuenta para el seguimiento del paciente (especialmente ancianos frágiles, situaciones de maltrato, drogodependencias, enfermos mentales o marginación).

El Hospital se compromete a que sus especialistas realicen las recetas de los tratamientos farmacológicos necesarios en los términos establecidos en la Circular 6/96 de la Dirección Gerencia del SAS.

### Consultorías

El Hospital tendrá permanentemente operativos los procedimientos que faciliten las funciones de consultoría (presencial, telefónica o telemática) de las ZBS, en al menos las siguientes especialidades:

ESPECIALIDAD PROFESIONALES	SERVICIO ESPECIALIDAD	DÍAS SEMANA	HORARIO	CENTRO	TELÉFONO / E-MAIL
	M. Interna				
	Cardiología				
	Neurología				
	Traumatología				
	Cirugía				
	Obstetricia				
	Ginecología				
	Digestivo				
	Dermatología				
	Unidad de Diabetes				
	Unidad de Ostomías				
	Unidad de Heridas / UPP				
	Hospital de día Oncohematológico				
	ORL				

**Consultas en Acto Único**

El Hospital desarrollará consultas de acto único para procesos susceptibles de ser diagnosticados y tratados en un mismo acto. El Distrito se comprometerá a la realización de la analítica, radiología u otras pruebas complementarias que se determinen para cada proceso.

**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 con episodios de reagudización, 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 PACIENTES	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.

**ACCESO A PRUEBAS DIAGNÓSTICAS**

**Oferta de pruebas diagnósticas**

El Hospital ofertará al Distrito la realización de pruebas diagnósticas de acuerdo con su cartera de servicios y en los plazos que permitan el cumplimiento de lo establecido en el Decreto de Garantía de Plazo de Respuesta en Atención a Procesos Asistenciales, Primeras Consultas Especializadas y Procedimientos Diagnósticos en el SSPA.

La oferta afectará exclusivamente a las unidades clínicas de AP con las que se hayan firmado acuerdos de gestión y se realizará para los siguientes procedimientos:

- Ecografías obstétricas.
- Ecografías ginecológicas.
- Ecografías abdominales.
- Ecografías urológicas.
- Mamografías.
- TAC.
- Estudios radiológicos con contraste.
- Endoscopias digestivas altas.
- Endoscopias digestivas bajas.

Dicha oferta se formalizará en el formato estándar remitido por los SSCC.

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.

El Hospital no desprogramará ninguna prueba diagnóstica salvo por causa de fuerza mayor en situaciones relacionadas con la infraestructura y equipamiento (averías de aparatos, falta de material específico, clausuras de salas, etc.).

### HOSPITALIZACIÓN Y CUIDADOS DOMICILIARIOS

#### Pacientes con hospitalizaciones reiteradas

El Hospital continuará monitorizando 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.

El Hospital identificará, evaluará y clasificará de entre los pacientes pluripatológicos, frágiles y crónicos con episodios de reagudización con mas de tres ingresos en los seis últimos meses, a aquellos con deterioro de la movilidad física, con afrontamiento familiar inadecuado, con circunstancias en las que existe un cansancio del rol del cuidador principal o con un manejo inefectivo del régimen terapéutico 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 concretarán en una Guía de Actuación Compartida. Este objetivo se evaluará mediante en un cuadro similar al siguiente:

TIPOLOGÍA DEL PACIENTE	NÚMERO DE PACIENTES	EXISTENCIA DE GUÍA DE ACTUACIÓN COMPARTIDA

#### Médico y enfermera responsables y trabajador social del centro

El Hospital, enviará a los Centros de Salud el nombre y teléfono de contacto del médico y enfermera responsables y del trabajador social del centro en el caso de los pacientes de más de 65 años y/o afectados por un proceso crónico en el Hospital.

#### Continuidad de atención 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 garanticen un adecuado nivel de supervisión y de cuidados para la adecuada evolución del paciente en su domicilio.

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.

FECHA DE CONSTITUCIÓN DE LA COMISIÓN	PATOLOGÍAS INCLUIDAS	ACUERDOS ALCANZADOS

El Hospital enviará directamente (sin intervención del usuario) a las Zonas Básicas, en un periodo menor de 48 horas, el informe de alta y de continuidad de cuidados (no manuscritos) incluyendo éste último una valoración por área de necesidades, el diagnóstico de cuidados y las intervenciones que requieran continuidad y/o monitorización en Atención Primaria. En su caso se incluirá el diagnóstico social con su correspondiente plan de actuación.

Se concretará el procedimiento de comunicación seleccionado en el seno de la Comisión de Cuidados del Area.

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.
- Manejo inefectivo del régimen terapéutico.
- Déficit de autocuidados (alimentación, higiene, uso WC y vestido).
- Cansancio en el rol del cuidador.
- Ingresos reincidentes.
- Patología mental severa.
- Situaciones de riesgo social (Residentes en zonas con necesidades de transformación social, maltrato infantil, violencia de género, drogodependientes y/o con hábitos adictivos).

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 y se asegurará la respuesta asistencial adecuada.

Los pacientes inmovilizados dispondrán del "Documento de Continuidad de Cuidados" en el que las enfermeras de familia deberán registrar la evolución del paciente y las intervenciones de cuidados realizadas. Este documento deberá acompañar al paciente en sus contactos con los dispositivos de Atención Especializada, donde las enfermeras de este ámbito registrarán las incidencias correspondientes.

#### **Planificación de Cuidados al alta**

El Hospital asegurará los mecanismos necesarios para la identificación de pacientes con grandes necesidades de cuidados con el fin de realizar la planificación del alta.

#### **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 en situación terminal que precisan cuidados paliativos
- Pacientes en tratamiento por Unidades del Dolor
- Pacientes con nutrición enteral / parenteral domiciliaria

## URGENCIAS

### Análisis de situación

Durante 2004 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 2004 se potenciarán protocolos conjuntos de actuación y tratamiento en las urgencias más frecuentes que, presumiblemente, requieran atención en los dos niveles asistenciales.

### Seguimiento en AP

El Hospital podrá solicitar a los dispositivos de Atención Primaria que los pacientes dados de alta por el servicio de urgencias Hospitalarias, que así lo requieran, sean atendidos en consulta o a domicilio en menos de 24 horas por dichos dispositivos, para lo cual deberán garantizar el envío de la información necesaria al Centro de Salud correspondiente, preferentemente por teléfono o fax. El Centro de Salud se compromete a garantizar dicha asistencia.

## CIRUGÍA

### Cirugía 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 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

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 y los Distritos garantizarán la continuidad de la información sobre los cuidados de los pacientes mediante un protocolo y un soporte de información consensuado entre las enfermeras de ambos niveles asistenciales.

El Hospital definirá junto con Atención Primaria los procedimientos necesarios para que la analíticas 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 tanto de Atención Primaria como del propio Hospital de acuerdo con lo establecido en la Guía de Procedimientos de Rehabilitación y Fisioterapia en Atención Primaria.

En las zonas básicas de salud donde la Atención Primaria no disponga de recursos de rehabilitación y fisioterapia, será el propio Hospital el que asuma por completo esta atención, así como la implantación y seguimiento de dicha guía.

### TERAPIAS RESPIRATORIAS

El Hospital remitirá a los Distritos de Atención Primaria un listado de sus pacientes con Terapia Respiratoria (CPAP y Oxigenoterapia) así como las indicaciones clínicas correspondientes.

Las enfermeras de Atención Primaria revisarán a los pacientes trimestralmente durante el primer año de tratamiento y semestralmente en los siguientes, valorando si el paciente cumple el tratamiento prescrito y la tolerancia al mismo y remitirán los informes correspondientes al Servicio indicado por el Hospital.

El Hospital remitirá a la mayor brevedad posible un informe al Centro de Salud, donde indicará las modificaciones del tratamiento correspondientes.

### ATENCIÓN BUCODENTAL AL 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.

### 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.
- Conocimientos y habilidades necesarias para el desarrollo de cada proceso asistencial.
- Continuidad de cuidados.
- Salud mental.
- Atención a las situaciones de riesgo social.
- Atención al usuario.

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

**GESTIÓN DE RECURSOS**

**Actuaciones sobre procedimientos administrativos conjuntos**

Se propondrán mecanismos de mejora y simplificación de los procedimientos de comunicación entre ambos niveles con especial énfasis en los que afectan a los pactos recogidos en este acuerdo de colaboración.

**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 17**

**Códigos  
y poblaciones  
de los hospitales**



## CODIGOS Y POBLACIONES DE LAS AREAS HOSPITALARIAS

HOSPITAL	CODIGO SANITARIO	CODIGO PRESUPUESTARIO	POBLACIÓN AJUSTADA A EFECTOS DE FINANCIACIÓN CP 2004
Torrecárdenas	2048	1920	289.623
La Inmaculada de Huerca-Overa	2046	1921	93.297
Poniente	2050	1930	128.028
Puerta del Mar	2009	2920	300.228
Puerto Real	2013	2921	212.290
Jerez de la Frontera	2012	2924	298.770
Area Sanitaria Campo de Gibraltar	2010	2990	278.473
Reina Sofía	2024	3920	537.045
Infanta Margarita de Cabra	2025	3921	140.947
Area Sanitaria Sierra Norte	2026	3990	109.880
Virgen de la Nieves	2017	4920	442.523
San Cecilio	2018	4921	261.114
Santa Ana de Motril	2019	4922	99.589
Baza	2015	4923	80.980
Juan Ramón Jiménez	2038	5920	246.029
Infanta Elena	2036	5921	125.504
Riotinto	2039	5922	63.110
Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén	2042	6920	302.684
San Juan de la Cruz de Úbeda	2044	6921	116.820
San Agustín de Linares	2043	6922	116.694
Alto Guadalquivir	2041	6930	80.224
Carlos Haya	2031	7920	548.262
Virgen de la Victoria	2033	7921	308.012
Serranía de Ronda	2029	7922	89.823
Vélez Málaga	2032	7923	102.276
Antequera	2028	7924	102.464
Costa del Sol	2034	7930	214.882
Virgen del Rocío	2003	8920	677.163
Virgen Macarena	2005	8921	521.026
Valme	2004	8925	331.518
Osuna	2007	8990	141.430
Aljarafe	2051	8930	117.722
<b>Total</b>			<b>7.478.432</b>





## **Anexo 18**

# **Modelo de acuerdo de gestión clínica**





**ACUERDO DE GESTIÓN 2004  
HOSPITAL - UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA**

....., a .... de ..... de 2004.

**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 2004, para que sea valorado por la DGAS y autorizado si procede.

El/la Director/a Gerente.

El/la Director/a de la Unidad.

Fdo.

Fdo.

## ÍNDICE

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 de médico y enfermera
10. Actuaciones sobre la eficiencia
11. Actividad de la Unidad Clínica
12. Demoras
13. Gestión con otros niveles asistenciales
14. Recursos humanos
  - 14.1. 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) sin suficiente experiencia clínica o que no aporten ninguna ventaja sobre los medicamentos existentes
  - 17.4. Prescripción de los medicamentos más eficientes.
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 la evaluación del Acuerdo de Gestión a la DGAS

## 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 y los 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 al 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 diversos profesionales 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.

Gestión Clínica 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 SAS 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, la efectividad y la eficiencia en la prestación de aquellos, 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 Clínicas autorizadas a partir de Enero de 2004 deberán estar formadas por equipos multidisciplinarios.

Se podrán proponer para su autorización Unidades que por su contenido asistencial deban estar constituidas únicamente por personal de enfermería, como Unidades de Hospital de Día Médico, Hospital de Día Quirúrgico o Unidades que presten servicios a varias especialidades médicas y/o quirúrgicas. Este tipo de Unidades podrán 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 2004, junto con la evaluación de los objetivos del año 2003.

Las Unidades de nueva creación dispondrán hasta el día 31 de marzo de 2004 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 Subdirección de Gestión Sanitaria del SAS para su valoración. Deberán tener correctamente cumplimentados todos los apartados, incluido el Anexo I donde quedan recogidos los objetivos que serán evaluados para la asignación de incentivos.

La DGAS, 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 denegando la autorización de la misma.

### 3. Marco de funcionamiento de las unidades de gestión clínica

El Director de la Unidad podrá ser elegido, por la dirección del centro, 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 que la Unidad considera deben incluirse en el Acuerdo de Gestión, así como la cuantificación de las actividades necesarias para lograr el cumplimiento de los citados objetivos. La Dirección del Hospital podrá modificar estos objetivos y actividades 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 teniendo en cuenta la evaluación del Acuerdo del año anterior. En cualquier caso, la puesta en funcionamiento de servicios nuevos en la Unidad deberá contar con la autorización expresa de la DGAS del SAS.

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.

La Dirección de la Unidad de Gestión Clínica podrá nombrar a un responsable de cuidados con el fin de potenciar la mejora de los cuidados de enfermería. En el caso de que el supervisor de la unidad orgánica se incorpore a la Unidad de Gestión Clínica podrá ocupar dicho puesto con el acuerdo del director de la Unidad de Gestión Clínica.

#### 3.1. Competencias de la Unidad

El Director de la Unidad tendrá competencia para:

- Dirigir y evaluar la Unidad, con el fin de alcanzar los objetivos establecidos en el Acuerdo de Gestión.
- Organizar, de acuerdo con la Dirección del Hospital, los horarios, los turnos y la distribución de funciones de la Unidad que permitan lograr el cumplimiento de los objetivos establecidos.
- Proponer los incentivos correspondientes a cada integrante de la Unidad una vez realizada la evaluación de la misma.
- 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 y destinará un presupuesto específico para las actividades de formación en cada categoría profesional.
- Establecer el número y la duración de los contratos de refuerzos y sustituciones, las licencias y los permisos de los profesionales de la Unidad, incluyendo el plan de vacaciones reglamentarias, dentro del 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, participando en la elaboración de los informes técnicos correspondientes. Estas propuestas se realizarán de acuerdo a la normativa de aplicación vigente y a la disponibilidad presupuestaria.

### 3.2. Compromisos de la Dirección del Hospital

Acordar con la Unidad los procedimientos administrativos y de información necesarios para la citación de pacientes en las distintas actividades llevadas a cabo por la misma.

Suministrar a la Unidad, con la periodicidad que se considere necesaria, la información oportuna para el seguimiento del Acuerdo de Gestión, incluyendo la información obtenida mediante el programa de contabilidad analítica COANhyd.

Facilitar la coordinación con otros servicios clínicos, diagnósticos y administrativos del Hospital, así como con otras Unidades Clínicas y con los dispositivos de Atención Primaria, con el fin de 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, asumiendo los objetivos pactados por el Hospital en el contrato programa del año correspondiente.

El Director de la Unidad asegurará que se disponga del consentimiento informado en todos los pacientes 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 planteará a la Dirección del centro, a través de la Comisión de Farmacia y Terapéutica, la incorporación de nuevos medicamentos, teniendo en cuenta para ello criterios de necesidad, efectividad, riesgos, costes de adquisición e impacto de los mismos. La solicitud de incorporación deberá ajustarse en el formato y en el contenido a la Guía para la toma de decisiones en la incorporación de medicamentos a la Guía Farmacoterapéutica (GINF).

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 las líneas estratégicas, objetivos de actividad, interconsumos y costes 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 y el tratamiento de las patologías más prevalentes en su medio, la prestación de cuidados profesionales y la atención personalizada e integral al usuario, con el fin de conseguir mejoras en su salud y la reinserción en su entorno habitual, teniendo en cuenta para ello la gestión de los recursos disponibles, y considerando al ciudadano como el eje de sus actuaciones.

Prestará servicios de calidad, desarrollando su práctica asistencial sobre la evidencia científica disponible, y teniendo presente las expectativas del ciudadano acerca de la accesibilidad a los servicios sanitarios y la continuidad de su proceso. También velará porque se respeten los principios de beneficio y autonomía del paciente, contribuirá a la investigación científica adecuada a su nivel 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 búsqueda de la excelencia en la asistencia sanitaria.
- La orientación hacia la mejora continua de la calidad.
- La innovación.
- La consideración del ciudadano como centro de su actividad.
- El respeto a los valores de la persona enferma y de sus allegados.
- La promoción de la independencia de la persona en el autocuidado y en el mantenimiento de su salud.
- La continuidad asistencial y el trabajo en equipo como dimensión esencial 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 los objetivos y metas recogidos en el presente Acuerdo de Gestión Clínica.

El Director de la Unidad mantendrá un sistema de información actualizado e integrado sobre resultados, accesible para todos 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, levantando acta de cada reunión.

Cada integrante de la Unidad podrá proponer formalmente ante el resto del equipo los cambios que considere oportunos para conseguir los resultados buscados en la actuación de la Unidad en su conjunto.

Cuando los miembros de la Unidad sean requeridos en otros servicios del centro, expondrán la misión y los 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

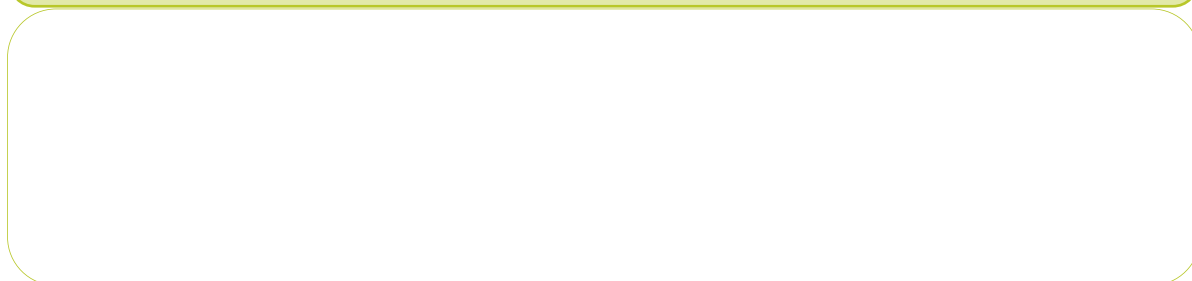
En algunos casos, teniendo en cuenta características especiales de alguna Unidad, se autorizarán Unidades que incluyan profesionales sin dedicación a la misma a tiempo completo.



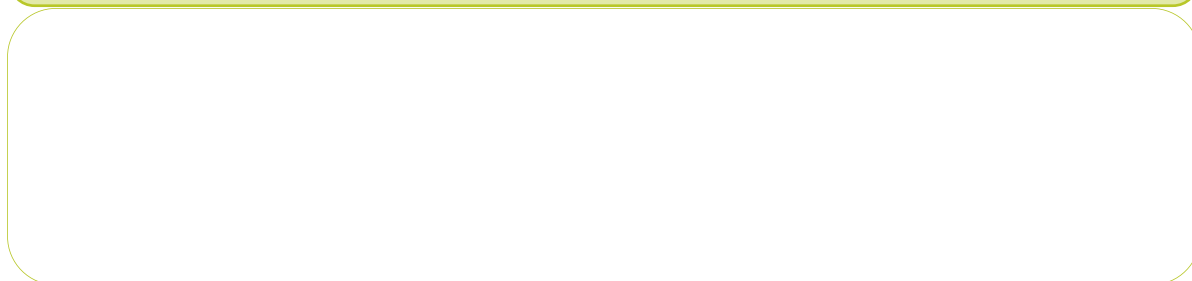
## 5. Cartera de servicios de la unidad y catálogo de procedimientos diagnósticos y pruebas complementarias

La Unidad dispondrá de una cartera de servicios definida, la cual deberá estar autorizada por la Dirección del Centro. Asimismo, tendrá establecido un catálogo de procedimientos diagnósticos y pruebas complementarias realizadas por la propia Unidad.

### CARTERA DE SERVICIOS



### CATÁLOGO DE PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS



## 6. Mapa de procesos

La Unidad adaptará a su entorno concreto los mapas de procesos elaborados por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, asumiendo las normas básicas de calidad en ellos establecidas.

Se prestará especial atención a la continuidad interniveles de los procesos, debiendo quedar constancia documental de los acuerdos alcanzados con los dispositivos de Atención Primaria.

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 considerará la necesidad de realizar grupos focales y encuestas con el objeto de conocer las fortalezas, debilidades y expectativas de los usuarios, interesándose por las siguientes dimensiones:

- Tiempos de espera y forma de acceso de los pacientes a los servicios sanitarios.
- Trato de los integrantes de la Unidad al paciente y sus familiares.
- Participación del paciente en la toma de decisiones relacionadas con el tratamiento, los 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.
- Aquellas otras áreas resultantes de la exploración de los grupos focales y las encuestas.

### 7.2. Accesibilidad

La Unidad adaptará su organización para adecuarse a los tiempos de espera máximos definidos en los Mapas de Procesos del SSPA, propuestos en este Acuerdo de Gestión o acordados por el Hospital en el contrato programa del año correspondiente.

ÁMBITO	Nº HORAS SEMANALES (HORARIO DE MAÑANA, 2003)	Nº HORAS SEMANALES (HORARIO DE TARDE, 2003)	PROPUESTA SEMANALES (HORARIO DE MAÑANA, 2004)	Nº HORAS SEMANALES (HORARIO DE TARDE, 2004)
Consultas				
Pruebas diagnósticas				
Hospital de Día Médico				

Las Unidades de Bloque quirúrgico deberán asumir las prolongaciones quirúrgicas que se produzcan y ofertar al menos una 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, hospitalización, 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 acerca de limitaciones o restricciones de visitas, uso de teléfono, deambulación, alimentación y otros aspectos que puedan ser objeto de posteriores reclamaciones por parte del paciente o su familia. Deberá asumirse la posibilidad de que estas medidas no sean aceptadas por el paciente o por los familiares, lo cual 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 garantizará a los pacientes y sus familiares la intimidad necesaria para preservar la dignidad de la persona en todo momento, tanto en lo relacionado con la asistencia directa y el entorno en que esta se lleva a cabo, como en lo relativo al tratamiento de la información sobre el paciente. Para ello, se adoptarán las medidas que garanticen la confidencialidad sobre la información clínica y otros aspectos privados del paciente, tales como sus creencias y valores.

RECLAMACIONES	
MOTIVOS MÁS FRECUENTES EN EL AÑO 2003	Nº DE RECLAMACIONES AÑO 2003

## 8. Actuaciones sobre la eficacia

Para priorizar los procesos asistenciales que la Unidad seleccione se tendrán en cuenta criterios de incidencia y prevalencia, gravedad, discapacidad o demanda de cuidados. Deberán incluirse los procesos recogidos en el Contrato Programa 2001-2004 (año 2004). Así mismo la Unidad se compromete a adoptar las guías de práctica clínica contenidas en los Mapas de Procesos del SSPA. En caso de que los Mapas de Procesos no incluyan la patología seleccionada por la Unidad, se utilizarán los consensos o recomendaciones existentes, teniendo en cuenta que estén basadas en la mejor evidencia científica disponible.

Las adaptaciones de guías de práctica clínica y protocolos que la Unidad lleve a cabo deberán ser aprobadas por la Comisión de Calidad del Hospital o por la Junta Facultativa. En caso de que incluyan medicamentos, estos deberán estar previamente aprobados por la Comisión de Farmacia y Terapéutica del Hospital.

PROCESOS CLAVE	GUÍAS Y PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN QUE SE APLICAN

La Unidad elaborará planes de cuidados, con adaptación de guías de práctica clínica y protocolos, que incluyan la valoración, diagnóstico, intervención y evaluación de las respuestas de la persona a los problemas de salud. Serán elaborados utilizando la terminología NANDA y con un fundamento científico. Estos planes deberán ser aprobados por la Comisión de Calidad del Hospital o por la Junta de Enfermería.

PROCESOS	PLANES DE CUIDADOS PROTOCOLIZADOS

La tecnología que la Unidad utilice o a la cual tenga acceso será conocida en su aplicación diaria por todo el equipo asistencial, debiendo conocerse 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:

PROTOCOLOS DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

## 9. Actuaciones sobre la efectividad

### 9.1. Implantación de guías, protocolos y planes de cuidados

La Unidad llevará a cabo las medidas necesarias para implementar las guías y protocolos de actuación seleccionados, 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 la actuación de los servicios clínicos en relación con:

- 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 POSITIVO

### 9.2. Asignación de 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.

CONCRECIÓN DEL MECANISMO DE ASIGNACIÓN DEL MÉDICO Y ENFERMERA RESPONSABLE DE CADA ENFERMO

## 10. Actuaciones sobre la eficiencia

La Unidad identificará los puntos críticos en que deba mejorar su eficiencia, seleccionando al menos dos por categoría profesional (médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería) y al menos dos multidisciplinarios entre aquellos sobre los que pueda actuar. Previamente a su selección realizarán una Técnica DAFO con los profesionales implicados para conocer 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

Cada Unidad cumplimentará los datos de actividad y los indicadores seleccionados que le correspondan de los que a continuación se citan. Además, incluirá otros datos e indicadores de actividad específicos de la Unidad que permitan su correcta evaluación.

A modo de ejemplo se señalan algunos datos e indicadores básicos:

POBLACIÓN QUE ATIENDE			
	AÑO 2002	AÑO 2003	OBJETIVO 2004
<b>DATOS DE ACTIVIDAD HOSPITALIZACIÓN</b>			
Nº DE CAMAS			
INGRESOS PROGRAMADOS			
INGRESOS URGENTES			
Nº TOTAL DE INGRESOS			
ESTANCIAS TOTALES			
ESTANCIAS ESPERADAS			
PUNTOS GDR			
REINGRESOS NO PROGRAMADOS			
<b>INDICADORES DE ACTIVIDAD HOSPITALIZACIÓN</b>			
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			
<b>DATOS DE ACTIVIDAD CONSULTAS</b>			
PRIMERAS CONSULTAS			
CONSULTAS SUCESIVAS			
CONSULTAS DE ALTA RESOLUCIÓN			
INTERCONSULTAS			
CONSULTORÍAS PARA ATENCIÓN PRIMARIA (PRESENCIAL Y/O TELEFÓNICA EN LOS CENTROS DE SALUD)			
<b>INDICADORES DE ACTIVIDAD CONSULTAS</b>			
FRECUENTACIÓN DE CONSULTAS			
% ALTAS EN CONSULTA			
% PACIENTES VISTOS EN CONSULTAS DE ALTA RESOLUCIÓN			
<b>DATOS DE ACTIVIDAD QUIRÚRGICA</b>			
INTERVENCIONES PROGRAMADAS CON INGRESO			
CMA DESAGREGADA			
INTERVENCIONES URGENTES NO DIFERIDAS			
INTERVENCIONES URGENTES DIFERIDAS			
INTERVENCIONES PROGRAMADAS SUSPENDIDAS			
HORAS SEMANALES DISPONIBLES DE QUIRÓFANO PARA CIRUGÍA PROGRAMADA			
Nº DE VISITAS PREQUIRÚRGICAS			



	AÑO 2001	AÑO 2002	OBJETIVO 2003
<b>INDICADORES DE ACTIVIDAD QUIRÚRGICA</b>			
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			
<b>DATOS DE ACTIVIDAD EN URGENCIAS</b>			
Nº URGENCIAS ATENDIDAS			
Nº URGENCIAS INGRESADAS			
<b>INDICADORES DE ACTIVIDAD EN URGENCIAS</b>			
% DE URGENCIAS QUE INGRESAN			
FRECUENTACIÓN DE URGENCIAS			
Nº INFORMES DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS AL ALTA <sup>1</sup>			
<b>DATOS DE ACTIVIDAD EN HDM</b>			
ACTIVIDAD HOSPITAL DE DÍA MÉDICO DESAGREGADA			
<b>INDICADORES DE ACTIVIDAD EN HDM</b>			
FRECUENTACIÓN EN HDM			
<b>DATOS DE ACTIVIDAD EN PRUEBAS COMPLEMENTARIAS</b>			
PETICIÓN DE PRUEBAS FUNCIONALES/DIAGNÓSTICAS DESAGREGADAS ( 10 MÁS FRECUENTES)			
Nº DE PRUEBAS FUNCIONALES/DIAGNÓSTICAS REALIZADAS Y DESAGREGADAS			
<b>INDICADORES DE ACTIVIDAD EN PRUEBAS COMPLEMENTARIAS</b>			
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			
<b>DATOS DE ACTIVIDAD EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD</b>			
Nº DE PROGRAMAS SOBRE MANEJO EFECTIVO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO			
Nº DE PACIENTES O SUS CUIDADORES QUE HAN RECIBIDO EDUCACIÓN SOBRE SU PROCESO			
<b>INDICADORES DE CUIDADOS</b>			
TASA INCIDENCIA FLEBITIS			
TASA INCIDENCIA DE ÚLCERA POR PRESIÓN			
TASA INCIDENCIA DE CAÍDAS			
Nº DE INFORMES DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS AL ALTA			
Nº DE PACIENTES VALORADOS EN LAS PRIMERAS 48 HORAS / Nº TOTAL DE INGRESOS			

<sup>1</sup> A pacientes hospitalizados debido a procesos crónicos reagudizados cuyo ingreso pudiera haberse evitado mediante un abordaje inicial adecuado en Atención Primaria..

## 12. Demoras

Los objetivos de demora en las diferentes áreas asistenciales se ajustarán a lo establecido en el Contrato Programa de Hospitales del SAS 2001-2004 (año 2004).

### Primeras Consultas

El número de consultas suspendidas será igual a cero. Se garantizará que las diferentes agendas estén permanentemente abiertas, de manera que el número de consultas solicitadas sea igual al número de consultas citadas.

Cuando un paciente solicite una cita, se garantizará la asignación de fecha para la misma de forma inmediata, sin que queden pacientes pendientes de cita.

El 30% del total de las consultas realizadas se harán en régimen de acto único.

Se establecerá para cada tipo de consulta (según actividad) el objetivo de demora por absorción en días para primeras consultas. El tiempo máximo de espera en ningún caso y para ningún paciente será superior a 60 días para consultas ni a 30 días para pruebas diagnósticas.

TIPO DE CONSULTA SEGÚN ACTIVIDAD	OBJETIVO 2004 DEMORA POR ABSORCIÓN EN DÍAS
Consulta 1	
Consulta 2	
Consulta 3	

### Pruebas diagnósticas

PRUEBAS O PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	OBJETIVO 2004 DEMORA POR ABSORCIÓN EN DÍAS
Prueba 1	
Prueba 2	
Prueba 3	

### Demanda Quirúrgica:

Como objetivos de demora se tendrán en cuenta el número y el porcentaje de pacientes en espera entre 0-120 días y 120-180 días, así como la demora media.

El tiempo máximo de espera en ningún caso y para ningún paciente será superior a 180 días. El número de intervenciones quirúrgicas de urgencias diferidas se reducirá respecto al año anterior. Los pacientes en situación de suspensión temporal por reevaluación clínica no podrán permanecer en esa situación por un plazo superior a 180 días salvo que se justifique convenientemente a la DGAS del SAS. Las tasas de indicación quirúrgica por grupo de procesos se adecuarán a la tasa media de indicación por procesos del grupo de Hospital al que pertenezca la Unidad Clínica.

	TOTAL PACIENTES		% DE PACIENTES EN ESPERA 0-120 DÍAS		% DE PACIENTES EN ESPERA 120-180 DÍAS		DEMORA MEDIA (DÍAS)	
	2003	OBJETIVO 2004	2003	OBJETIVO 2004	2003	OBJETIVO 2004	2003	OBJETIVO 2004
Cirugía con ingreso CMA								

Demoras en emisión de informes de pruebas diagnósticas:

TIPO DE PACIENTES	OBJETIVO DE TIEMPO MEDIO 2004
Pacientes ingresados	
Pacientes urgentes	
Pacientes ambulatorios	

Las **Unidades Clínicas Diagnósticas** deberán incluir las demoras desde la solicitud de la prueba diagnóstica hasta la remisión del informe al Servicio Clínico que la solicitó.

### 13. Gestión con otros niveles asistenciales

La Unidad establecerá Acuerdos de Gestión 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 informe de continuidad de cuidados al alta con los criterios mínimos establecidos en el Acuerdo de Colaboración entre el Hospital y el Distrito.

En el Acuerdo de Gestión se especificarán las medidas de continuidad asistencial a adoptar para llevar a cabo la implantación de los procesos asistenciales de los Mapas de Procesos del SSPA que correspondan a la Unidad.

#### ACUERDOS CON ATENCIÓN PRIMARIA Y OTROS NIVELES ASISTENCIALES



## 14. Recursos humanos

### 14.1. El Mapa de Competencias de la Unidad

El Mapa de Competencias de la Unidad Clínica se establecerá teniendo en cuenta la cartera de servicios y el catálogo de procedimientos diagnósticos y pruebas complementarias autorizadas. 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

El Director de la Unidad determinará, a la vista del mapa de competencias definido, el personal que va ser contratado de forma temporal, y participará en su selección mediante los procedimientos regulados al efecto.

Igualmente, el Director de la Unidad y el responsable de cuidados valorarán, teniendo en cuenta el mapa de competencias, al personal de enfermería que solicita un traslado desde otro servicio del mismo centro a la Unidad Clínica, con objeto de garantizar que posee la cualificación y las competencias requeridas para la función a desempeñar.

### 14.3. Absentismo laboral

La Unidad pondrá especial énfasis en la reducción del absentismo laboral.

GRUPO PROFESIONAL	% ABSENTISMO POR ENFERMEDAD COMÚN 2003	OBJETIVO DE % ABSENTISMO POR ENFERMEDAD COMÚN 2004
Facultativos		
Enfermeras		
Enfermeras especialistas: Matronas		
Enfermeras especialistas: Salud mental		
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 profesionales de otros centros.

#### PROGRAMA DE FORMACIÓN 2004 (INTERNA Y EXTERNA)

--

### 15.3. Docencia

Cuando la Unidad Clínica imparta docencia pregraduada o de formación a 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 áreas de investigación propias, 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 y las comunicaciones a congresos harán referencia al centro donde se ha desarrollado la investigación y deberá incrementar el factor de impacto de sus publicaciones.

## 16. Sistemas de información

Los sistemas de información son básicos para la atención y seguimiento correcto de los pacientes y para el conocimiento de los recursos asignados a su asistencia.

La historia de salud es el instrumento en el que se identifica al paciente, se apoya el diagnóstico, se justifica su tratamiento y sus cuidados, y se documenta el progreso del paciente y los resultados de salud.

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 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 continuidad de cuidados al alta será cumplimentado siguiendo las normas dictadas por el centro y estará disponible para el CMBDA como máximo a los 15 días tras el alta del paciente. Deberá incluir el Plan de Cuidados.

La confidencialidad y seguridad de los datos y de la información estarán garantizados por procedimientos regulados y escritos. La información estará disponible para el personal autorizado y, con las garantías referidas, para otros servicios del centro y 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.

El Hospital garantizará la correcta imputación de los costes a la Unidad Clínica y ofrecerá a través del programa de contabilidad analítica COANhyd información periódica al responsable de la Unidad sobre la evolución de sus costes y producción en relación al objetivo pactado.

## 17. Promoción del uso correcto del medicamento

El uso racional del medicamento constituye un objetivo prioritario de nuestra organización sanitaria. Por ello, la Unidad deberá poner especial énfasis en tomar las medidas necesarias tendentes a conseguir la utilización de los medicamentos de la forma más eficiente.

### 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, con el fin de evitar las molestias que la no cumplimentación de la receta supone para los pacientes.(Circular 6/96 del SAS).

### 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 2003, teniendo siempre en cuenta el valor mínimo establecido en Contrato Programa 2001-2004 (año 2004).

### 17.3. No-prescripción de novedades terapéuticas (NT) de las que no exista suficiente experiencia clínica o que no aporten ninguna ventaja sobre las alternativas existentes

Los facultativos de la Unidad disminuirán el porcentaje de prescripción de novedades terapéuticas que no aporten beneficios nuevos o no cuenten con suficiente experiencia clínica con respecto al año 2003. Se tendrá siempre en cuenta el valor establecido en Contrato Programa 2001-2004 (año 2004).

### 17.4. Prescripción de los medicamentos más eficientes

Los facultativos de la Unidad se adecuarán a los principios de Uso Racional del Medicamento prescribiendo preferentemente aquellos medicamentos más eficientes en cada patología.

En concreto, prescribirán preferentemente omeprazol frente al resto de inhibidores de la bomba de protones (IBP), ibuprofeno y diclofenaco frente al resto de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), y pravastatina, simvastatina o lovastatina frente al resto de estatinas.

INDICADOR	AÑO 2002	AÑO 2003	OBJETIVO AÑO 2004
% de recetas prescritas por "principio activo"			
Nº de recetas por consulta			
% de envases de NT prescritos con respecto al total de envases prescritos			
% de DDD de omeprazol frente al resto de IBP prescritos en receta oficial			
% de DDD de ibuprofeno y diclofenaco frente al resto de AINEs prescritos en receta oficial			
% de DDD de pravastatina, lovastatina y simvastatina frente al resto de estatinas prescritas en receta oficial			



## 18. Acuerdo sobre consumo de recursos

La Unidad pactará con la Dirección del Hospital los gastos derivados tanto de sus propios objetivos de actividad como de los de las actividades que genera en otras Unidades o Servicios. Dichos objetivos deberán estructurarse de acuerdo con el formato del presupuesto clínico y operativo.

Mediante el programa de contabilidad analítica COANhyd, la Dirección del Hospital deberá ofrecer información periódica al responsable de la Unidad sobre la evolución de los objetivos pactados, así como la evaluación al cierre del ejercicio.

Al cierre del ejercicio el centro realizará una valoración de los resultados.

Las Unidades Clínicas Diagnósticas incorporarán las Unidades Relativas de Valor para la evaluación de su actividad.

## 19. Criterios para la asignación de incentivos

A partir del año 2004 el modelo de incentivos de las unidades clínicas coexiste con el modelo de incentivos del complemento de rendimiento profesional.

Los incentivos económicos finales (expresados en euros) que percibirá cada profesional consistirán en la suma de los incentivos correspondientes a cada uno de estos modelos.

CATEGORÍA	COMPLEMENTO RENDIMIENTO PROFESIONAL	UNIDADES CLÍNICAS	CANTIDAD TOTAL POR PROFESIONAL
Jefe Servicio Facultativo	4.591	1.577	6.168
Jefe Sección Facultativo	3.370	2.798	6.168
Facultativo Especialista de Área/Adjunto	2.043	4.125	6.168
F.E.A. Radioquímico	2.043	4.125	6.168
F.E.A. Farmacéutico	2.043	4.125	6.168
F.E.A. Psiquiatría	2.043	4.125	6.168
F.E.A. Biólogo	2.043	4.125	6.168
F.E.A. Radiofísica Hospitalaria	2.043	4.125	6.168
F.E.A. Psicólogo	1.750	4.418	6.168
F.E.A (Coordinador de Salud Mental)	3.370	2.798	6.168
Enfermera Supervisora	1.610	1.789	3.399
Matrona	910	2.489	3.399
Terapeuta Ocupacional	910	2.489	3.399
Fisioterapeuta	910	2.489	3.399
Enfermera / A.T.S.	910	2.489	3.399
Enfermera Especialista en Salud Mental	910	2.489	3.399
Trabajador/Asistente Social	910	2.489	3.399
Técnicos Especialistas	420	1.944	2.364
Auxiliar de Enfermería (Función Especialista)	420	1.944	2.364
Auxiliar de Enfermería	245	1.763	2.008
Administrativo	420	1.739	2.159
Auxiliar Administrativo	245	1.300	1.545
Celador	210	1.026	1.236

De ambos modelos de incentivos se excluye el personal residente (MIR, PIR, FIR, etc.) y el personal becario.

Ambos modelos de incentivos económicos así como los mecanismos de evaluación son independientes.

En este documento se hace referencia exclusivamente al modelo de incentivos de las unidades clínicas.

**Modelo de incentivos de las Unidades Clínicas**

19.1. **Incentivos económicos individuales**

Cada Unidad dispondrá de una bolsa inicial y máxima de incentivos cuya cuantía vendrá determinada por el número y categorías de los profesionales que la constituyen.

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 supondrán 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 asignación de incentivos en función de los objetivos cumplidos se ajustará a lo indicado en la siguiente tabla:

% OBJETIVOS LOGRADOS	% INCENTIVOS CORRESPONDIENTES
< 59 %	0 %
60-69 %	30 %
70-79 %	60 %
80-89 %	80 %
90-95%	90 %
> 95%	100 %

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 DGAS del SAS podrá aportar, con carácter excepcional, un 5 % adicional a la cantidad global obtenida por el conjunto de la Unidad tras su evaluación. Esta cantidad se destinará a la dotación de recursos - no equipamiento - y para mejorar el desarrollo profesional del equipo. Para poder optar a este incremento la Unidad deberá explicitar las razones que justifican dicho incremento, y deberá detallar a qué se va a destinar el mismo. Esta dotación no se realizará en ningún caso de manera automática e indiscriminada.

Las prioridades de inversión se establecerán a propuesta del Director de la Unidad y con el conocimiento del resto de integrantes de la Unidad.

A modo de ejemplo, estas inversiones se podrán emplear en 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

En el cuadro anterior (tercera columna) se refleja la participación de cada categoría/puesto de trabajo en la configuración de la bolsa inicial y máxima de cada Unidad Clínica.

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 propondrá al Director Gerente del Hospital la asignación a cada uno de ellos. La valoración del personal de enfermería será llevada a cabo por el Director de la Unidad con la ayuda del responsable de cuidados. 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 podrá proponerse la asignación de incentivos económicos individuales a otros profesionales ajenos a la Unidad, por su especial contribución al logro de los objetivos de la misma. La cantidad máxima a asignar será el 2% de la bolsa conseguida por la Unidad. La aportación de esta cantidad será decidida a criterio de la DGAS, teniendo en cuenta las circunstancias especiales que justifiquen los incentivos adicionales. Esta dotación no se realizará en ningún caso de manera automática e indiscriminada.

### 19.4. Ponderación de los objetivos

En el Anexo I del presente documento 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 Unidad Clínica cumplimentará los enunciados de los objetivos y construirá la función de valor siguiendo las instrucciones que se describen en el anexo correspondiente.

## 20. Envío de la evaluación del acuerdo de gestión a la DGAS

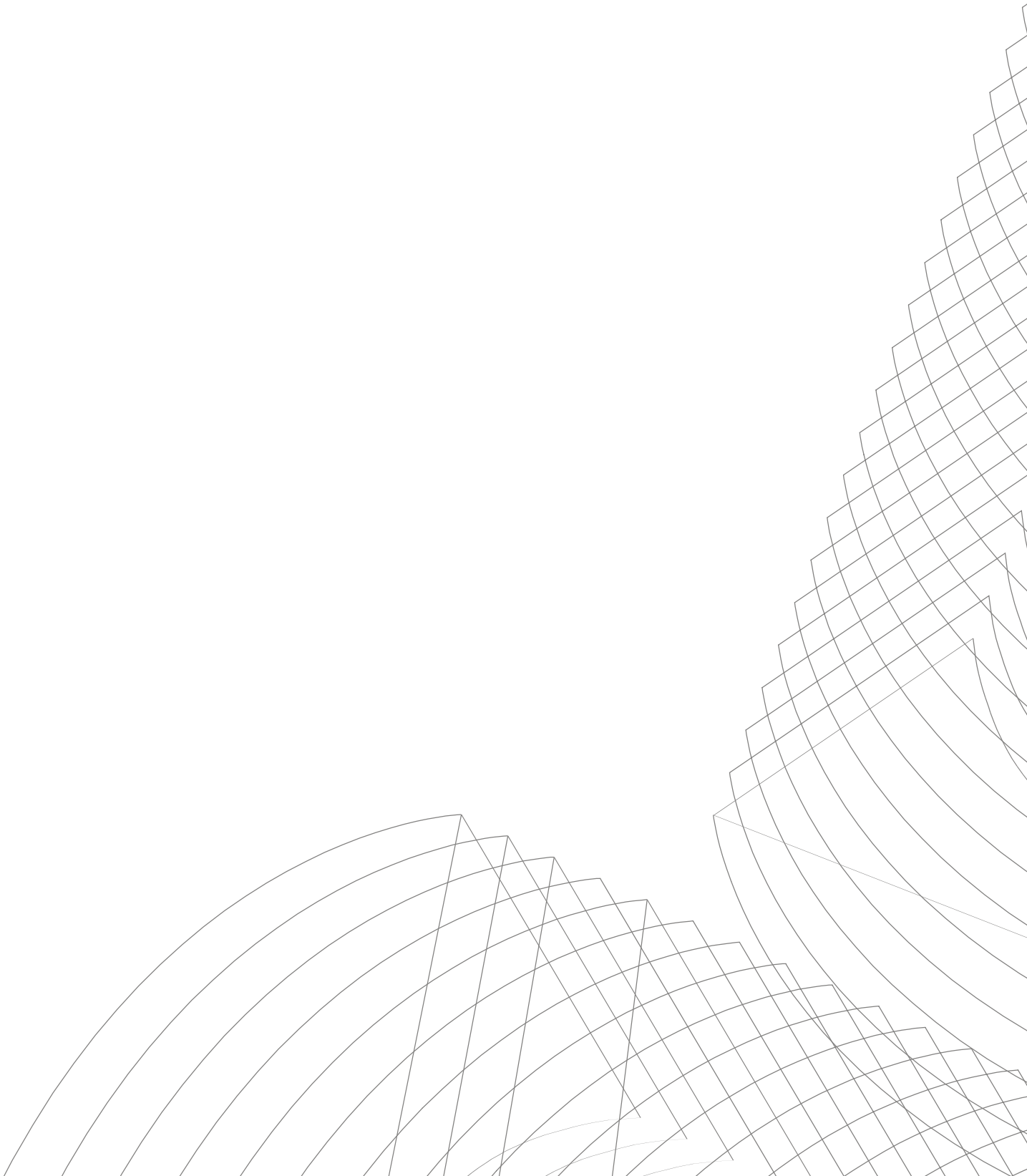
Se enviará a la Subdirección de Gestión Sanitaria el Anexo I totalmente cumplimentado, junto con los informes que se solicitan en cada objetivo, antes del 31 de marzo de 2004. Asimismo se adjuntará la propuesta de Acuerdo de Gestión correspondiente al periodo 2004.

La Dirección Gerencia del Hospital certificará los resultados obtenidos firmando el documento de los resultados junto con el responsable de la Unidad Clínica.

La fiabilidad y validez de los datos ligados a incentivos se evaluará sistemáticamente por procedimientos o auditorías externas a las Unidades Clínicas. La DGAS podrá también realizar auditorías externas al Hospital para verificar la validez y fiabilidad de los datos recibidos.

La detección de incongruencias entre los datos remitidos y los obtenidos en las auditorías podrán penalizar sobre los incentivos asignados a la variable afectada hasta una cuantía doble al error identificado.

Todas las actuaciones deberán quedar reflejadas en la historia clínica, incluidas todas las relativas a las distintas fases del proceso de enfermería.





Anexo 19

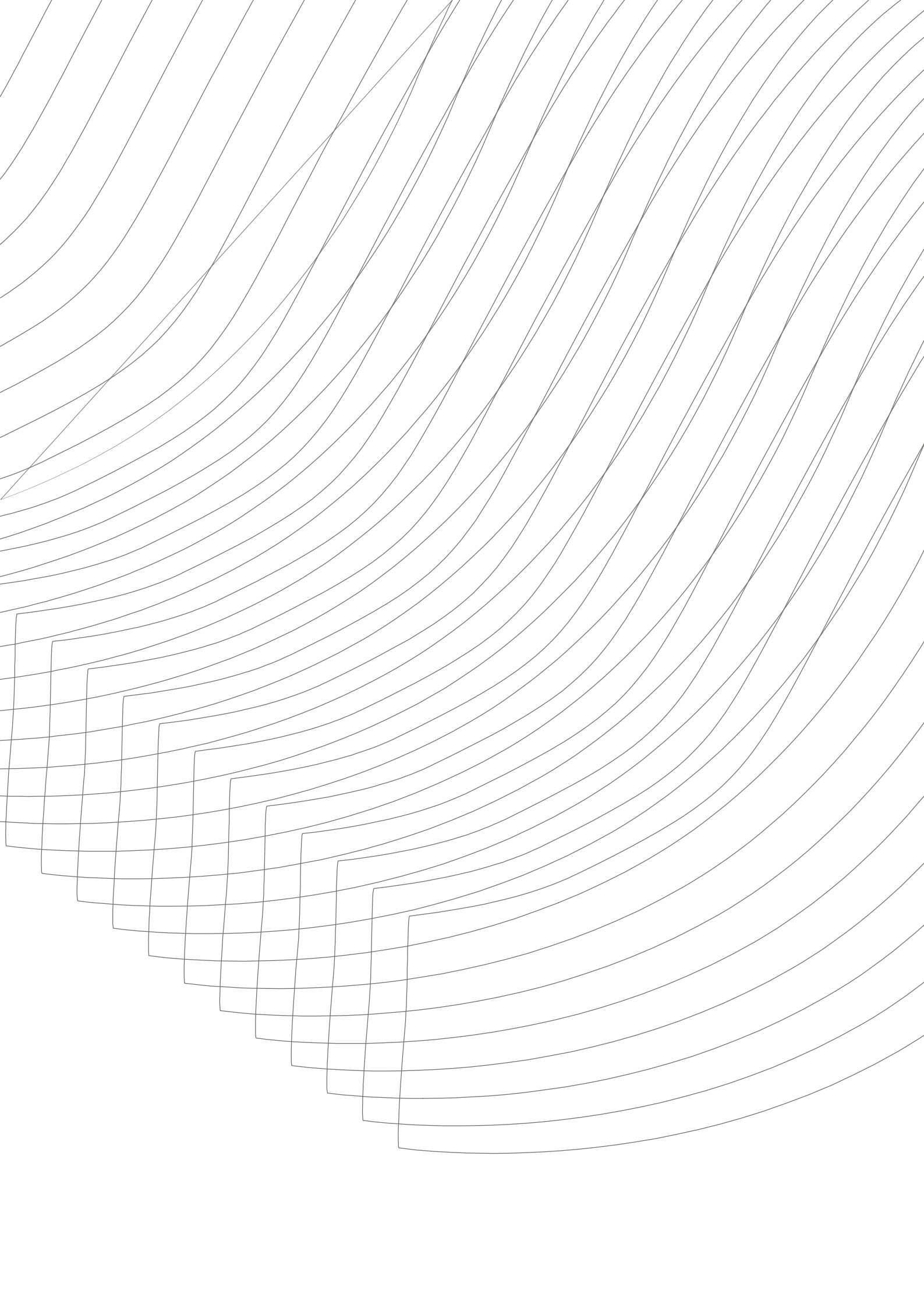
Medidas  
específicas  
en el área  
quirúrgica





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





**Anexo 20**

**Plan de  
actuación  
accesos  
vasculares**



**Este plan se aplicará a los siguientes Hospitales**

- Hospital Puerta del Mar de Cádiz
- Hospital de Jerez
- Hospital de Puerto Real
- Hospital Reina Sofía
- Complejo Hospitalario de Jaén
- Hospital Virgen de las Nieves
- Hospital San Cecilio
- Hospital Juan Ramón Jiménez
- Hospital Regional de Málaga
- Hospital Torrecárdenas
- Hospital Virgen del Rocío
- Hospital Virgen Macarena

Los pacientes que necesiten de la realización de un acceso vascular para hemodiálisis serán clasificados, por el nefrólogo responsable, dentro de una de las siguientes categorías:

**NORMAL** Paciente en Prediálisis con evolución lenta de la IRC.

**PREFERENTE PREDIALISIS** de evolución rápida o con previsión de entrar en diálisis en menos de 1 mes y Paciente en CAPD o HD que no necesiten acceso vascular urgente.

**MUY PREFERENTE** Paciente en DIALISIS sin acceso vascular definitivo con circunstancias que hacen urgente la realización del acceso vascular.

Los tiempos de realización del acceso vascular se ajustarán, atendiendo a la categoría asignada, a la siguiente tabla:

CATEGORÍA	VALORACIÓN POR CIRUGÍA VASCULAR	PRUEBAS COMPLEMENTARIAS Y/O ANESTESIA	TIEMPO HASTA ACTO QUIRÚRGICO	TIEMPO MÁXIMO
NORMAL	1 SEMANA	3 SEMANAS	4 SEMANAS	8 SEMANAS
PREFERENTE	1 SEMANA	2 SEMANAS	2 SEMANAS	5 SEMANAS
MUY PREFERENTE	1 SEMANA	2 SEMANAS	1 SEMANAS	4 SEMANAS

Para garantizar la ejecución del acceso vascular, acorde con los tiempos descritos, se implementarán las siguientes medidas:

- 1.- Deberá existir una Consulta semanal monográfica en Cirugía Vascular para valoración de enfermos renales crónicos, que tendrá una duración acorde con la carga de trabajo.
- 2.- Todos los enfermos deberán ser valorados siempre por un cirujano vascular antes de la cirugía.
- 3.- La preferencia dentro de la Lista de Espera (LE) para acceso vascular deberá realizarla el Nefrólogo responsable del enfermo.
- 4.- Deberá existir un nefrólogo de referencia que gestionará la LE de acceso vascular y estará en contacto con los centros periféricos de su ámbito.
- 5.- En cada centro con Cirugía Vascular existirá un cirujano de referencia de interlocución con el nefrólogo de referencia.
- 6.- Cada centro con Nefrología enviará los enfermos con su preferencia al centro de referencia de Cirugía vascular.
- 7.- Dentro de la misma categoría de preferencia se tendrá en cuenta el tiempo en lista de espera.
- 8.- Cuando la fístula se considere de entrada "no útil" se redefinirá la categoría y se mantendrá su tiempo en lista.
- 9.- Las complicaciones vasculares serán responsabilidad de Cirugía vascular, realizándose el ingreso del paciente en el Servicio de Cirugía Vascular si lo necesita.

En Sevilla a    de febrero de 2004

EL/LA DIRECTORA/A GERENTE DEL  
HOSPITAL

EL DIRECTOR GERENTE DEL  
S.A.S.

Fdo.:

Fdo.: