

**ANEXOS  
AL CONTRATO PROGRAMA  
DE LOS HOSPITALES  
DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD  
PERIODO 2005-2008  
(AÑO 2007)**



**ANEXO**  
**GUIA PARA LA ELABORACIÓN DEL ACUERDO DE GESTIÓN CLINICA**



## Índice

- 1. Introducción**
- 2. Marco de funcionamiento y normas que regulan el presente acuerdo**
- 3. Descripción de la unidad de gestión clínica**
  - 3.1. Misión y valores
  - 3.2. Análisis de situación de la unidad
  - 3.3. Relación con otras unidades y servicios
- 4. Objetivos**
  - 4.1. Actividad y rendimiento
  - 4.2. Accesibilidad
  - 4.3. Seguridad del paciente (morbilidad / mortalidad intrahospitalaria y circunstancias adversas referidas a la utilización Hospitalaria)
  - 4.4. Indicadores clínicos y normas de calidad de los procesos asistenciales integrados (PAIs)
  - 4.5. Orientación al ciudadano y medida de la satisfacción
  - 4.6. Adecuación de la prescripción y consumo de fármacos
  - 4.7. Continuidad asistencial
  - 4.8. Disminución de la variabilidad de la práctica clínica y uso adecuado de fármacos y procedimientos.
  - 4.9. Gestión económica
  - 4.10. Dimensión de libre configuración
- 5. Evaluación**
  - 5.1. Envío de la evaluación del acuerdo de gestión a la DGAS
  - 5.2. Metodología
  - 5.3. Incentivos económicos individuales
  - 5.4. Ponderación de las dimensiones evaluadas
  - 5.5. Procedimientos para la distribución interna de los incentivos

## ANEXOS

- |         |   |
|---------|---|
| Anexo 1 | Atención a pacientes y familiares en la UCG   |
| Anexo 2 | Personal que compone la UGC   |
| Anexo 3 | Accesibilidad - tiempos de espera   |
| Anexo 4 | Demora quirúrgica por grupos de procedimientos incluidos en el Decreto 209/01         |
| Anexo 5 | Seguridad del paciente  |
| Anexo 6 | Estructura del presupuesto operativo y seguimiento de las Unidades de Gestión Clínica |
| Anexo 7 | Evaluación  |
| Anexo 8 | Modelo de incentivos  |
| Anexo 9 | Tabla resumen de objetivos vinculados a incentivos                                    |

## Formulario de acuerdo de gestión clínica



## 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 otorgar a estos profesionales la responsabilidad sanitaria y social que le corresponde a su capacidad de decisión junto al paciente.

Para la Consejería de Salud y el Servicio Andaluz de Salud (SAS) la Gestión Clínica representa una herramienta de innovación necesaria en la gestión de los servicios de cara a mejorar la eficacia, la efectividad y la eficiencia de los mismos partiendo de la premisa de la capacidad de los profesionales para ser responsables y autónomos.

Bajo la filosofía de Gestión Clínica se abordan de manera integrada actuaciones de prevención, promoción, asistencia, cuidados y rehabilitación. Los principales instrumentos de la Gestión Clínica son el conocimiento estructurado de las necesidades en salud de la población atendida, la utilización del mejor conocimiento científico disponible, un modelo de práctica integrado y participativo, así como la evaluación y monitorización continua de los resultados en salud. Destacan en gestión clínica herramientas como: las guías de práctica clínica, las trayectorias clínicas, la metodología de uso adecuado de fármacos y tecnología sanitaria, el análisis de coste-utilidad y coste-efectividad, los métodos de consenso y el desarrollo del liderazgo clínico.

Tanto la Gestión Clínica como los Procesos Asistenciales Integrados desarrollados en el marco del Plan de Calidad de la Consejería de Salud trascienden los conceptos de coordinación interniveles, e intentan potenciar la "continuidad asistencial" y la mejora continua de la calidad, para orientar el Sistema Sanitario Público de Andalucía hacia la excelencia. Las dos herramientas se encuentran ahora, tras el camino recorrido, en un momento de madurez y de revisión constructiva que permite su expansión y desarrollo con seguridad y con entusiasmo por parte de los profesionales.

La Unidad de Gestión Clínica (UGC) es la estructura organizativa donde se desarrolla la Gestión Clínica. El Acuerdo de Gestión Clínica es el documento que formaliza el compromiso entre los profesionales y la Dirección del centro.

Hacer Gestión Clínica implica coordinar y motivar personas para conseguir unos objetivos relacionados con la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas. En esta GUIA sobre elaboración del ACUERDO DE GESTIÓN CLÍNICA se establecen las bases para explicitar los objetivos a alcanzar en cada UGC, así como los métodos para conseguirlo. Al final del documento se encuentra el formulario a utilizar para recoger el acuerdo (misión, objetivos seleccionados, evaluación), el nombre de la UGC y las firmas del responsable del centro y del responsable de la UGC.

## 2. Marco de funcionamiento y normas que regulan el presente acuerdo.

Este Acuerdo de Gestión Clínica tiene una vigencia de 4 años y supone la autorización de la UGC por dicho lapso de tiempo. No obstante, es necesario fijar objetivos o estándares anuales que permitan monitorizar el funcionamiento de la UGC y establecer la percepción de incentivos de los profesionales adscritos a la misma. Así, en este documento se harán explícitos los objetivos a alcanzar durante el primer año de vigencia de la UGC y -si se considera oportuno- se estimarán tendencias a medio y largo plazo para ese mismo indicador. Los incentivos se vincularán a su cumplimiento en la anualidad prevista.

Las UGC integrarán Áreas de conocimiento y estarán formadas por equipos multiprofesionales.

Todas las UGC deberán cumplimentar y negociar el presente documento con la Dirección Gerencia del Hospital / Área de Gestión Sanitaria (AGS)

Las propuestas de los Acuerdos, se enviarán (en formato papel y formato electrónico) a la Subdirección de Gestión Sanitaria del SAS – Servicio de Gestión Sanitaria. El **plazo para 2007 se iniciará el 15 de febrero y concluirá el 31 de marzo**. Deberán tener correctamente cumplimentados todos los apartados tal y como se indica en el presente documento.

La Dirección General de Asistencia Sanitaria (DGAS), una vez valorado el Acuerdo de Gestión Clínica y si se estima que éste no cumple las condiciones básicas para la puesta en marcha de la Unidad, podrá devolverlo a su Hospital /AGS.

Cada UGC estará liderada por **un/a solo/a “Director/a”** que deberá tener dedicación exclusiva en el SSPA.

El Director de la Unidad propondrá a la Dirección del Hospital/AGS, los objetivos que la Unidad considera deben incluirse en el Acuerdo de Gestión. La Dirección del centro podrá modificar estos objetivos y actividades atendiendo a criterios de accesibilidad, calidad, expectativas del usuario y disponibilidad presupuestaria.

El Director de la Unidad podrá proponer a la dirección del centro colaboraciones especiales con los servicios de Atención Primaria con el objeto de mejorar y agilizar las derivaciones a consultas y la petición de pruebas complementarias, para la disminución de los tiempos de espera y la mejora de la efectividad clínica, a través de la Dirección del Hospital/ AGS.

La Dirección del Hospital/ AGS, 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/ AGS y el Director de la Unidad se comprometen a disponer y facilitar la información necesaria para la evaluación y seguimiento de todos los aspectos incluidos en el presente Acuerdo.

En relación con los componentes de la UGC es importante señalar que existe la posibilidad de recurrir a participaciones a tiempo parcial, aunque lo deseable es la pertenencia a tiempo total a una sola unidad. Estas participaciones parciales deben ser justificadas adecuadamente en el acuerdo de gestión y deberán ser autorizadas por la dirección del centro, y recibir el visto bueno de la Dirección General de Asistencia Sanitaria. Lógicamente, el total de dedicaciones parciales no podrá ser superior al 100% y, por tanto, si un profesional pertenece a tiempo total a una UGC no podrá participar como miembro de otra. Por otro lado, la enfermera de enlace Hospitalaria participará como máximo en un 20%, no pudiendo pertenecer a más de 3 UGC. Por último, debe tenerse en cuenta que los profesionales con contratos eventuales de duración inferior a 4 meses, los médicos con nombramiento exclusivo para atención continuada, el Personal residente (MIR, FIR, EIR, PIR, etc.) y el personal becario no podrá recibir incentivos económicos por UGC, como ya ocurre con la percepción del complemento de rendimiento profesional.

La participación como miembros de las UGC de determinados cargos intermedios, como pueden ser los jefes de bloque será posible si su implicación con las mismas está íntimamente relacionada con la actividad asistencial y la práctica clínica, y deberá ser autorizada por la DGAS.

La unidad deberá comunicar en el formato establecido al respecto los profesionales que participaran en la UGC. Donde debe quedar claro el número y nombre de los profesionales, así como, las características de los contratos de las personas que se proponen como componentes de la UGC. Para facilitar la reunión de estos datos, adjuntamos una tabla modelo (en papel y electrónico).

#### **Condiciones Básicas necesarias de la Dirección del Hospital/ AGS para que existan UGC**

La Dirección Gerencia del Hospital/ AGS debe asegurar que se dispone de una serie de condiciones para desarrollar el modelo de UGC. Estas condiciones básicas son:

- Disponer de sistemas de información con capacidad para garantizar la validez de los datos que configuran la evaluación y seguimiento del presente Acuerdo.



- Posibilitar la explotación de todos los sistemas de información, actuales y futuros, que sean necesarios para monitorizar el funcionamiento de las UGC. (CMBD-A, INIHOS, SICPRO, COAN-HYD, INFHOS, Diraya, AGD, etc.) y suministrar dicha información a la unidad periódicamente.
- Tener capacidad para descentralizar en las UGC, los gastos variables en Capítulo. I y II, al menos para posibilitar el cumplimiento del apartado de autonomía de gestión de la “Regulación del Funcionamiento de la Unidad”.
- Realizar el reparto entre los distintos servicios de la totalidad de los objetivos de costes que anualmente le autorice la Dirección Gerencia del SAS.
- Tener capacidad para dar de alta a la UGC, como centro de responsabilidad en el sistema de contabilidad analítica (COAN-HYD).
- Aportar la información relacionada con la gestión económica de la UGC en el periodo de tiempo acordado con el responsable de la misma.

### **Principios Básicos de una UGC**

Las UGC se constituirán a propuesta del equipo directivo del centro, atendiendo a su planificación estratégica y en un marco de compromiso e implicación de los profesionales de las futuras unidades.

1. La atención de los pacientes y familiares debe regirse por los derechos y deberes de los usuarios (Anexo 1) recogidos en las diferentes normativas vigentes.
2. La Unidad debe disponer de un procedimiento para asegurar que cada uno de los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas y/o pruebas diagnósticas, ha recibido la información necesaria previa a la toma de decisión y firma del Consentimiento Informado escrito.
3. Las actividades investigadoras, si las hubiere, de la UGC deben regirse por los principios éticos (Declaración de Helsinki) y contar con la aprobación del “Comité de Ética e Investigación del Centro Sanitario”
4. El trabajo de las UGC debe organizarse siguiendo procedimientos de protocolización para abordar la actividad asistencial más frecuente.
5. La UGC debe garantizar la utilización adecuada y necesaria de los sistemas de información disponibles y / o facilitar la información clínica necesaria para posibilitar su monitorización y evaluación.
6. La Unidad debe utilizar criterios claros y explícitos para justificar la necesidad de incorporar aquella tecnología que mejore su actividad.
7. La UGC debe asegurarse de que los integrantes de la misma conocen y han participado en los objetivos recogidos en el presente acuerdo. Para cada ejercicio anual debe realizarse, al menos, una reunión en la que se presenten los objetivos a los que se compromete la UGC. De esta reunión se levantará acta como prueba de conformidad y conocimiento de tales compromisos.

### **Competencias del Director o Directora de la Unidad.**

- Dirigir y organizar la Unidad, con el fin de alcanzar los objetivos establecidos en el Acuerdo de Gestión.
- Negociar con la Dirección Gerencia del Hospital/AGS el acuerdo de gestión clínica.

- Establecer, de acuerdo con la Dirección del Hospital /AGS los horarios, los turnos y la distribución de funciones de la Unidad que permitan lograr el cumplimiento de los objetivos establecidos.
- Decidir el reparto de los incentivos correspondientes a cada miembro de la Unidad una vez realizada la evaluación de la misma. Este reparto se hará de acuerdo a unos criterios que habrán de ser explícitos y estar consensuados con los miembros de la Unidad al inicio del ejercicio.
- Proponer a la Dirección del Hospital/ AGS la contratación de bienes y servicios para la Unidad, participando en la elaboración de los informes técnicos correspondientes. Estas propuestas se realizarán de acuerdo a la normativa de aplicación vigente y a la disponibilidad presupuestaria.

### 3. Descripción de la Unidad de Gestión Clínica

Este apartado debe servir para identificar y priorizar las “Áreas de mejora” de cada unidad y fijar a continuación (apartado 4 del modelo) los objetivos y planes de acción específicos que se estimen más convenientes.

Por tanto **la unidad debe** describir la misión y valores (¿Qué somos?) y el análisis de la situación (¿Qué hacemos?), además de identificar los profesionales con los que debe llegar a acuerdos para el logro de los objetivos (¿Con quién lo hacemos?)

#### 3.1 Misión y valores

La **misión** es la definición de la finalidad o razón de ser de cada unidad. No se trata de describir la cartera de servicios, actividades o función, sino el propósito que justifica la creación o continuidad de una Unidad de Gestión Clínica.

Una Unidad de Gestión Clínica debe prestar la mejor atención posible a los problemas de salud de los pacientes que atiende. Para ello, su práctica asistencial estará basada en el mejor conocimiento científico disponible y tendrá en cuenta la eficiencia en la utilización de los recursos, así como las expectativas del ciudadano acerca de la accesibilidad a los servicios sanitarios, la seguridad del paciente y la continuidad asistencial.

**Por tanto, en la descripción de la misión que realice cada unidad deben quedar claros los principales problemas de salud que atiende, destacándolos en base a su relevancia o prevalencia.** Además, es conveniente que se defina **el tipo de pacientes** (edad, género, pluripatología, etc.) y **familiares** a los que se presta servicios.

Los **valores** son aquellos elementos que conforman la conducta básica de las personas que forman parte de la unidad y lo que se espera de ellas. Por tanto deben basarse en principios como:

- El respeto a las creencias y decisiones de la persona enferma y sus allegados
- La confidencialidad e intimidad del paciente necesarias para preservar la dignidad de las personas
- La búsqueda de la excelencia y la mejora continua de la calidad asistencial.
- La continuidad asistencial
- El trabajo en equipo
- El compromiso con el Sistema Sanitario Público.
- La información y la transparencia
- El uso adecuado de los recursos y de la innovación tecnológica
- El liderazgo clínico responsable, etc.

#### 3.2 Análisis de situación de la unidad

Cada Unidad realiza una descripción de su situación actual. Deberá definir:

- Sus funciones principales, definidas por cartera de servicios y el catálogo de procedimientos diagnósticos y pruebas complementarias.
- Su principal actividad, reflejando su casuística más frecuente tanto en las Áreas de consultas como Hospitalización.
- Los recursos principales con los que cuenta (describiendo brevemente estructuras y espacios en las diferentes Áreas) y el personal que la integra. (Anexo 2).

### 3.3 Relación con otras unidades y servicios

La Unidad identificará el grupo o grupos de profesionales de otras unidades o servicios con los que hay que llegar a acuerdos para la correcta realización de las actuaciones que se estimen relevantes y/o prioritarias para la unidad y lograr el cumplimiento de los objetivos marcados.

## 4. Objetivos

La unidad ha descrito ya su razón de ser (qué es) y cuáles son los problemas de salud que trata, el perfil de sus pacientes, sus recursos, su casuística, y todos aquellos datos que ayudan a describirla (qué hace). Con esto, la unidad deberá ser capaz de identificar los objetivos que se pactarán anualmente con la Dirección del Hospital/Área de Gestión Sanitaria. Cada año deberán priorizarse aquellas Áreas que la unidad y la Dirección de su centro consideren oportunas.

El principal requisito es que estos objetivos **sean realistas, ambiciosos pero alcanzables, medibles, que mejoren la prestación de servicios de la Unidad y que reflejen fielmente su práctica habitual.**

También se podrá plasmar una estimación de los objetivos para años subsiguientes, sin que esto implique un compromiso explícito, solo a efecto de su utilidad para inferir las metas de la Unidad y su proyección a medio-largo plazo.

La fijación de objetivos o estándares y su posterior comparación con el resultado obtenido (evaluación) es esencial en el modelo de mejora continua de la calidad y por tanto para la Gestión Clínica. Por esto, **la determinación de objetivos constituye el núcleo del presente acuerdo.**

Las dimensiones que contempla el Modelo de Acuerdo de UGC en Atención Hospitalaria **en el año 2007** son las siguientes:

1. Actividad y rendimiento.
2. Accesibilidad.
3. Seguridad del paciente
4. Indicadores clínicos y normas de calidad de los Procesos Asistenciales Integrados (PAIs):
  - a) Indicadores clínicos
  - b) Indicadores de diagnósticos enfermeros
  - c) Normas de calidad de los PAIs
  - d) Normas de calidad de procedimientos diagnósticos
5. Orientación a los ciudadanos y medida de la satisfacción.
6. Adecuación de la prescripción y consumo de fármacos.
7. Continuidad asistencial
8. Disminución de la variabilidad de la práctica clínica y uso adecuado de fármacos y procedimientos.
9. Gestión económica.
10. Libre configuración
  - a) Investigación
  - b) Gestión de los profesionales
  - c) Documentación clínica

Las dimensiones obligadas en función del tipo de unidad y su peso correspondiente se representan en la tabla 1 del apartado Evaluación.

En una dimensión podrán vincularse a incentivos un **mínimo de 2 y un máximo de 6 objetivos**.

Para facilitar la formulación y descripción de los objetivos vinculados a incentivos anuales, se utilizará el Anexo 9 donde se detallarán cada uno de ellos en su dimensión correspondiente. En este anexo deberá especificarse el valor o estándar que la unidad se propone alcanzar ese año (denominado límite superior) así como su límite inferior (ver detalles en el apartado de Evaluación). Es necesario reflejar también cuales son los datos de partida de cada uno de los indicadores seleccionados. Dicho anexo 9 se enviará también en formato electrónico para facilitar su cumplimentación.

#### 4.1 Actividad y Rendimiento

Cada Unidad decidirá junto a la Dirección Gerencia de su Hospital/AGS cuáles serán los objetivos prioritarios de actividad y rendimiento. Estos objetivos deberán estar en consonancia con los recogidos en el Contrato-Programa del Hospital/AGS y con las líneas estratégicas marcadas por la Dirección Gerencia del SAS. Podrán enunciarse las previsiones para el periodo cuatrienal pero habrán de hacerse explícitos los objetivos específicos para el año en curso y también los **datos actuales de partida**. Se revisarán con carácter anual y se evaluarán los resultados obtenidos.

Los indicadores obtenidos directamente de los sistemas de información de actividad asistencial disponibles (INIHOS, SICPRO, INFHOS, CMBD...) no necesitarán acompañarse de definición. Sin embargo, aquellos indicadores que se utilicen para monitorizar actividades específicas de la Unidad, no recogidas en los sistemas de información, deberán ser correctamente definidos (nombre, fórmula del indicador y sistema de registro).

Un objetivo de aumento o disminución neta de actividad no aporta valor ni Área de mejora si no tiene una justificación asistencial (estancias evitables, adecuación de ingresos y derivaciones, control de la demanda, aumento de oferta, resultados en la aplicación de un protocolo, etc.). **Por tanto, la unidad deberá evitar fijar objetivos en término de números absolutos.** Además, los objetivos de actividad formulados de este modo no permiten apreciar claramente su idoneidad, sería más interesante hacerlo en términos relativos (%). La unidad deberá fijar el objetivo de acuerdo a los resultados obtenidos en ejercicios anteriores.

Un objetivo importante para incluir en esta dimensión tanto en UGCs quirúrgicas como médicas, es el número de facultativos de la UGC que participan en los equipos de expertos de su especialidad definidos en la orden decreto 127/2003 de 13 de mayo, donde se desarrolla la Segunda Opinión Médica.

Las unidades quirúrgicas establecerán objetivos de **tasas de indicación quirúrgica** para todos aquellos procedimientos en que se estime oportuno, tomando como referencia las tasas ajustadas de indicaciones por Área Hospitalaria y grupos de procesos que proporciona AGD (Aplicación de Gestión de la Demanda).

Algunos ejemplos de objetivos para esta dimensión pueden ser:

- Disminución o mantenimientos de la Estancia Media (EM) para un GRD específico
- Aumento del porcentaje de resolución quirúrgica mediante cirugía mayor ambulatoria (CMA).
- Porcentaje de adecuación a las tasas de indicación quirúrgica para un procedimiento
- Porcentaje de intervenciones quirúrgicas suspendidas

## 4.2 Accesibilidad

### ✓ Consulta de acto único

Entendida como “aquella que permitirá que, en el mismo día, el paciente sea visto por el especialista, se le realicen las correspondientes pruebas diagnósticas, se le proporcione un diagnóstico e incluso una propuesta terapéutica cuando sea necesario”.

### ✓ Tiempos de espera

Los objetivos de este apartado deben respetar los tiempos de espera establecidos en los Decretos de garantía de plazo de respuesta quirúrgica, procesos asistenciales, primeras consultas de asistencia Hospitalaria y procedimientos diagnósticos en el Sistema Sanitario Público de Andalucía; **proponiéndose como norma general reducirlos.**

Se utilizarán como modelo las tablas que figuran en los Anexos 3 y 4.

Las Unidades de Cuidados Críticos y Urgencias incluirán en esta dimensión, indicadores orientados a mejorar, en su ámbito:

- la facilidad con que el ciudadano accede a la atención urgente
- los tiempos de espera y la calidad del triage en base a las prioridades establecidas por el Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias (PAUE)
- tiempos de demora para la atención o estancia en las diferentes Áreas físicas de su competencia.

### ✓ Técnicas de gestión de la demanda.

Elaboración de planes de actuación dirigidos a la consecución de los objetivos de accesibilidad.

## 4.3 Seguridad del paciente (Morbilidad/mortalidad intraHospitalaria y circunstancias adversas referidas a la utilización Hospitalaria)

El término de “seguridad del paciente” es más amplio que el de “Circunstancias adversas a la utilización Hospitalaria” además, es el que se utiliza para englobar a las últimas iniciativas nacionales e internacionales destinadas a prevenir, analizar y disminuir los efectos adversos derivados u ocurridos durante la atención sanitaria. Por ello, y teniendo en cuenta la publicación reciente de “Estrategia para la seguridad del paciente” enmarcada en el II Plan de calidad de la Consejería de Salud, en el modelo de acuerdo para UGC 2007 aparece la dimensión “seguridad del paciente” que **funde dos dimensiones que aparecían en el modelo en los ejercicios 2005 y 2006 “Morbilidad y mortalidad Hospitalaria.** Sucesos adversos de la utilización Hospitalaria” y “Plan de análisis de incidencias”.

La seguridad de los pacientes se trabaja desde hace tiempo en el SSPA tanto a nivel de la práctica clínica diaria como a través de programas horizontales: Programa de Uso Racional del Medicamento, Plan de Vigilancia y Control de Infecciones Nosocomiales, Sistemas de Hemovigilancia y Farmacovigilancia, o la Red de Alerta de Salud Pública. No obstante, es necesario garantizar un enfoque más preciso y directo en las organizaciones sanitarias sobre los aspectos relacionados con los eventos adversos (EA), su prevención y los sistemas de información.

El SAS apuesta por una gestión de riesgos descentralizada, horizontal y flexible, en la que las responsabilidades sean compartidas por gestores y clínicos. Por tanto, cada UGC deberá proponer objetivos dirigidos a la prevención, análisis, y abordaje de la seguridad clínica de los pacientes atendidos en su unidad.

Para decidir qué **tipo de objetivos** proponer a la dirección del centro para vincular a incentivos en esta dimensión hay que tener presente los siguientes criterios:

**Primero:** Objetivos coherentes con los riesgos de la actividad asistencial que se desarrolla en la unidad.

Es conveniente tener presente los principales resultados del estudio andaluz sobre eventos adversos ligados a la Hospitalización (consultar PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, disponible en la página web del SAS)

**Segundo:** Elegir las intervenciones que hayan demostrado ser más efectivas.

Revisión sistemática de Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) <http://healthit.ahrq.gov/search/ahrqsearch.jsp>

**Tercero:** Priorizar objetivos coherentes con las iniciativas y líneas de acción que se definen en el Plan de Seguridad de los Pacientes de la Consejería, el Plan de Calidad del Ministerio de Sanidad 2006 y resto de recomendaciones de entidades internacionales (OMS, Comité Europeo de la Sanidad y AHRQ).

**Cuarto:** Proponer objetivos que puedan medirse con indicadores correctamente contruidos y obtenidos preferiblemente de fuentes de datos consolidadas evitando así, siempre que sea factible, los registros propios y la realización de auditorías.

Para ello se recomienda consultar:

- “Estrategia para la Seguridad del Paciente” de la Consejería de Salud.
- Estudio Nacional de Efectos Adversos (Estudio ENEAS)
- Los indicadores propuestos por AHRQ como medida consensuada y fiable de los sucesos adversos en los sistemas sanitarios. Pueden obtenerse de la fuente de datos “**Conjunto mínimo básico de datos en Andalucía” (CMBDA)**. Al final del Anexo 5, se definen estos indicadores, así como su propósito y su formulación (Documentación aportada por el Servicio de Producto Sanitario de Servicios Centrales del SAS)
- **El Plan de Vigilancia y Control de Infecciones Nosocomiales**
- Programa de uso racional del medicamento para potenciar el **uso seguro de la medicación** y prevenir los errores en el proceso de prescripción, conservación, preparación y administración de medicamentos. En las UGC se deben consolidar la notificación y la medida de efectos adversos, interacciones y alertas farmacéuticas de los fármacos.

Por ultimo, como en el resto de las dimensiones, es importante tener en cuenta el punto de partida de cada unidad. Si previamente no se ha planteado el trabajo por objetivos de este aspecto conviene empezar poco a poco. Puede comenzarse por valorar los riesgos, formación del personal, analizar barreras y facilitadores, etc. Mejorar el registro de los sucesos adversos en los informes de alta es también un aspecto clave.

En el Anexo 5 se presentan también algunos *ejemplos* de objetivos propuestos en la dimensión “Seguridad del Paciente” y, como ya hemos dicho, los indicadores propuestos por AHRQ tal y como se pueden obtener del CMBDA.

#### **4.4 Indicadores clínicos y normas de calidad de los Procesos Asistenciales Integrados (PAIs).**

Esta dimensión agrupa distintos tipos de indicadores de calidad: indicadores clínicos, indicadores de los diagnósticos enfermeros, normas de calidad de los Procesos y estándares de calidad (en UGC diagnósticas).

Los servicios sanitarios deben orientar su actividad en función de los resultados de salud finales (supervivencia y calidad de vida de los pacientes) más que en los resultados intermedios. No obstante, en la monitorización y evaluación de una UGC es prioritaria la medición de indicadores de resultado intermedios como reflejo del desempeño de una práctica clínica correcta.

**En esta dimensión se incluirán los indicadores clínicos (intermedios o finales) de los problemas de salud más relevantes y/o prevalentes de la unidad, seleccionados por la validez e importancia que proporciona el mejor conocimiento científico disponible, su fiabilidad y la posibilidad de ser medidos de manera coherente.**

Aquellas Unidades cuya actividad incluya la colaboración en Procesos Asistenciales Integrados (PAIs) de los Mapas de procesos vigentes, priorizarán en esta dimensión los indicadores referentes a “las normas de calidad” de los PAIs que le competan.

En el caso de las UGC Diagnósticas se incluirán aquí los objetivos relacionados con el cumplimiento de estándares de calidad, igualmente seleccionados por la validez e importancia que proporciona el mejor conocimiento científico disponible, su fiabilidad y la posibilidad de ser medidos de manera coherente.

La puesta en marcha de Diraya deberá posibilitar medir este tipo de resultados, y merece la pena tenerlos presentes en este acuerdo de gestión con el fin de que sean objeto de revisiones en los años sucesivos. La dificultad principal radica en seleccionar qué indicadores, de todos los propuestos en los PAIs y por el conocimiento científico disponible, deberían ser incluidos para la evaluación de las UGC. Deberán seleccionarse en base a criterios de adecuación y por su factibilidad de obtención.

Algunos ejemplos de objetivos para esta dimensión pueden ser:

- “La unidad comprobará que el 100% de las mujeres embarazadas entre la 35 y 38 semana cuentan con el cribado para el estreptococo del grupo B.”
- “ El ....% de flujometrías se realizarán en primera consulta”

#### **Indicadores clínicos de los diagnósticos enfermeros**

Se orientará la medición de resultados en los diagnósticos enfermeros que con mayor frecuencia son atendidos en la unidad.

Las UGC deberán trabajar con planes de cuidados estandarizados que nos permitan medir y evaluar los resultados obtenidos relacionados con el diagnóstico enfermero y las repercusiones de los cuidados en los resultados de salud intermedios y finales (CVRS) de los pacientes.

Estos planes de cuidados estandarizados estarán centrados en los diferentes grupos de pacientes que se atienden en la Unidad y su fin es la aplicación individual según las necesidades de cada paciente

El plan de cuidados estandarizados debe incluir:

- Identificación de los principales problemas - diagnósticos enfermeros relacionados con los diferentes grupos de pacientes atendidos en la unidad (procesos). Numeraciones y Etiquetas diagnósticas.
- Criterios de resultados: Objetivos a alcanzar para la mejora de esos problemas.
- Intervenciones que se ponen en marcha para lograr los objetivos

Para los criterios de resultados la Nursing Outcomes Clasification (NOC) establece una serie de indicadores para la monitorización. La selección de indicadores y la acotación temporal para su medición forma parte del plan de cuidados individual.

Diraya deberá posibilitar medir este tipo de resultados para que puedan ser objeto de revisiones en años sucesivos.

En los PAIs se han incluido planes de cuidados estandarizados en los que se recogen los criterios de resultados de mayor relevancia en relación a los diagnósticos enfermeros definidos en el plan. Hasta el desarrollo del módulo de cuidados de Diraya, estos planes de cuidados pueden ser referentes para la selección de los criterios de resultados, acotando así el grupo de pacientes según PAIs.

#### 4.5 Orientación al ciudadano y medida de la satisfacción

Para fijar Áreas de mejora en esta dimensión debe seguirse la estrategia recogida en el Plan de Atención al Ciudadano del Servicio Andaluz de Salud (Anualidad 2007 de Contrato Programa SAS-Hospitales). Por ello, durante el ejercicio 2007 los objetivos a incluir serán:

- De carácter obligatorio:
  - a. **Aumento en el porcentaje de obtención de la Encuesta autocumplimentada de Hospitalización** (recogida en el apartado correspondiente del contrato programa 2005-2008, anualidad 2007). Esta encuesta es suministrada y analizada por el SAS. Aunque la tasa de respuesta no debe ser menor al 25%. Cada UGC fijará este objetivo según su situación previa. **En el caso de las UGC de Farmacia, Diagnóstico por la Imagen y Laboratorio** es necesario medir la **satisfacción de los profesionales de las Áreas médicas y quirúrgicas a los cuales se presta servicio**.
  - b. **Recogida del 100% de la firma del consentimiento informado** cuando los pacientes vayan a ser sometidos a un procedimiento diagnóstico y/o terapéutico. Este objetivo cualitativo debe ligarse a incentivos en todas las unidades que proceda.
  - c. **Tasa de reclamaciones**. La UGC debe hacer una descripción y un análisis de las reclamaciones recibidas y marcarse objetivos respecto a:
    - La frecuencia de las mismas
    - Los plazos de respuesta.
    - El conocimiento y análisis por parte de todos los integrantes de la UGC aprovechando reuniones y sesiones clínicas

Se debe hacer especial énfasis en el análisis de **las reclamaciones relacionadas con trato inadecuado de los profesionales, falta de intimidad, falta de información y confidencialidad**.

A continuación se definen algunos indicadores que se pueden elegir

1. Nº de reclamaciones / ingresos
  2. Nº de reclamaciones / pacientes atendidos
  3. % de reclamaciones contestadas
  4. % de reclamaciones contestadas en 15 días o menos (Centros que tengan implantada la Estadística de reclamaciones @GORAS)
  5. % de reclamaciones contestadas entre 16 y 30 días (Centros que tengan implantada la Estadística de reclamaciones @GORAS)
  6. % de reclamaciones contestadas en más de 30 días (Centros que tengan implantada la Estadística de reclamaciones @GORAS)
  7. % de reclamaciones que han dado lugar a acciones de mejora. (Centros que tengan implantada la Estadística de reclamaciones @GORAS)
  8. Clasificación por motivos: Hostelería, Falta de información, trato de los profesionales, Defectos en la identificación de los profesionales, demoras
- De carácter voluntario (se recomienda seleccionar 2 como máximo):
    - d. Análisis de las propuestas recogidas con la encuesta autocumplimentada de Hospitalización y elaboración con ellas de acciones encaminadas a mejorar la orientación al ciudadano. Para ello, es aconsejable utilizar el documento B del Contrato Programa 2007.- Tablas II y III para establecer los planes de mejora en función de los resultados del índice sintético de satisfacción y de la encuesta autocumplimentada.
    - e. Plan de acogida de los pacientes: elaboración del mismo si no se dispone de él, evaluación si se realizó en ejercicios anteriores. Debe incluir un protocolo explícito de atención /información a pacientes y familiares (horarios, tipo de personal, etc.).



- f. Personalización de la atención: Identificación de la enfermera de referencia y el médico de referencia: establecer mecanismo de asignación y estándares de consecución de este objetivo.
- g. Plan de atención a cuidadoras, cuidadores y familiares.
- h. Diseño, elaboración e implementación del Sistema de Información personalizada de los procedimientos quirúrgicos y diagnósticos ante la firma del consentimiento informado.
- i. Se recomienda la utilización de herramientas de toma de decisiones compartidas en unidades que atiendan a pacientes oncológicos. Están disponibles en: <http://www.csalud.junta-andaluacia.es/orgdep/AETSA>.
- j. Participación de los pacientes (o familiares) en determinadas decisiones en la gestión de los problemas de salud más relevantes de la unidad. Esto adquiere mayor relevancia en unidades que atienden problemas de salud crónicos importantes, como es el caso por ejemplo de unidades oncológicas, de endocrino, Medicina Interna, etc.

#### 4.6 Adecuación de la prescripción y consumo de fármacos

El uso racional del medicamento constituye un objetivo prioritario de nuestra organización sanitaria. Por ello, la Unidad deberá poner especial énfasis en tomar las medidas necesarias tendentes a conseguir la utilización de los medicamentos de la forma más eficiente.

##### 4.6.1. a. Objetivos Comunes para todas las UGC.

Cada UGC fijará el objetivo correspondiente para el año en lo referente a:

- **% de desviación sobre el objetivo de consumo interno de medicamentos fijados por el centro.**

Indicador	Objetivo 2007
% de desviación consumo interno	

- **% de adecuación a protocolos de utilización de medicamentos establecidos por el centro.**

Indicador	Objetivo 2007
% de adecuación a protocolo/s de utilización de medicamentos que se hayan establecido por la Comisión de Farmacia y Terapéutica.	

##### 4.6.1. b. Objetivos Específicos para determinadas UGC.

- **UGC de Reumatología.**

Cumplimiento de lo dispuesto en la de Resolución 5/2005, de Creación de las Comisiones Asesoras para el Uso Racional de los Medicamentos utilizados en la artritis reumatoidea en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud.

Indicador	Objetivo 2007
% de cumplimentación en el sistema de información (vía web) de los datos relativos a los protocolos de tratamiento con fármacos anti TNF en artritis reumatoidea, establecidos por la Comisión Asesora Central.	100

- **UGC de Oncología.**

Las UGC de Oncología cuando prescriban un tratamiento quimioterápico, deberán facilitar, como mínimo, a los Servicios de Farmacia Hospitalaria para su dispensación, la información que consta en el documento elaborado a tal efecto y que está incluido como objetivo del Plan Integral de Oncología.

Indicador	Objetivo 2007
% de prescripciones de quimioterápicos con la información mínima (establecida por consenso con el Plan Integral de Oncología), sobre el total de prescripciones de quimioterápicos.	100

#### 4.6.2. Objetivos para las UGC que prescriben fármacos en receta oficial.

##### 4.6.2.a. Objetivos comunes a todas las UGC prescriptoras de recetas.

- **Prescripción por "principio activo".**

Los facultativos de la Unidad tenderán a aumentar el porcentaje de prescripción por "principio activo" con respecto al año anterior, teniendo siempre en cuenta el valor mínimo establecido en Contrato Programa 2005-2008.

Indicador	Objetivo 2007
% de recetas prescritas por "principio activo"	≥ 65

- **No-prescripción de novedades terapéuticas (NTNR) 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 anterior. Se tendrá siempre en cuenta el valor establecido en Contrato Programa 2005-2008.

Indicador	Objetivo 2007
% de envases prescritos de NTNR respecto al total de envases de especialidades prescritos.	≤ 1

##### 4.6.2.b. Objetivos específicos, según tipo de UGC prescriptora en receta. Prescripción de los medicamentos más eficientes.

Los facultativos de la Unidad se adecuarán a los principios de Uso Racional del Medicamento prescribiendo aquellos medicamentos más eficientes en las patologías tratadas por dicha Unidad.

De entre los señalados a continuación **sólo** se introducirán como objetivos 3-4 indicadores de prescripción de los grupos terapéuticos relacionados específicamente con la actividad asistencial que sea competencia de la Unidad.

Indicador	Objetivo año 2007
% de prescripción, en DDDs, de omeprazol respecto al total de inhibidores de la bomba de protones	≥ 85
% prescripción, en DDDs, de ibuprofeno y diclofenaco respecto al total de antiinflamatorios no esteroideos solos (M01A1)	≥ 60

<b>% de prescripción, en DDDs, de simvastatina y atorvastatina 80 mg respecto al total de estatinas</b>	≥ 50
% prescripción, en DDDs, de ácido acetilsalicílico y clopidogrel respecto al total de antiagregantes plaquetarios	≥ 98
% de prescripción, en DDDs, de metformina, glibenclamida, glipizida y gliclazida respecto al total de antidiabéticos orales	≥ 65
% de prescripción, en DDDs, de insulina NPH respecto al total de insulinas de larga duración	≥ 30
% de prescripción, en DDDs, de IECAs (sólidos o asociados a tiazidas) respecto al total de IECAs+ARAII (solos o asociados a tiazidas)	≥ 50

#### 4.6.3. Objetivos para las UGC que realizan prescripción ortoprotésica.

Se introducirá este objetivo en todas las Unidades que realicen específicamente prescripción ortoprotésica (Traumatología y Rehabilitación).

<b>Indicador</b>	<b>Objetivo año 2007</b>
% de incremento en el indicador de prestación ortoprotésica del año 2007, respecto al indicador del año 2006.  (Indicador = PVP prestación ortoprotésica/ N° de consultas)	≤ 0

#### 4.7 Continuidad asistencial

Un elemento de primer orden en el SSPA es la eliminación de cualquier factor que pueda producir fracturas en la continuidad asistencial entre la Atención Primaria y la Hospitalaria, incorporando la gestión por procesos, como un elemento facilitador y de acercamiento desde la perspectiva clínica.

Las UGC deben fijarse objetivos específicos para el 2007 siguiendo las indicaciones que aparecen en el "Modelo de acuerdo de gestión entre Distritos y Hospitales/Áreas" y centrándose en los siguientes aspectos:

- **Gestión por procesos asistenciales integrados**
  - Participación activa en grupos de desarrollo e implantación de los procesos en que esté implicada la unidad. Ejemplo de objetivo: "la unidad presentará, al finalizar el año, un documento donde se analiza la situación de los problemas de implantación detectados en el proceso"
  - Cuadro de mandos para monitorizar el cumplimiento de las normas de calidad de los PAIs. Ejemplo de objetivo: "la unidad establecerá un sistema de monitorización y análisis semestral del cumplimiento de las normas de calidad de los PAIs en que está implicada".
- Compromiso de **mejora en la calidad y cantidad de información de los informes de alta**. Ejemplos de objetivos:
  - "La unidad mejorará la calidad de la información de los informes de alta unificados (incluyendo el informe de alta de cuidados)".

- “el 90% de los pacientes oncológicos atendidos en la unidad contará con informe de continuidad de cuidados al alta correctamente cumplimentado y emitido a AP”
- **Oferta consultorías por especialidad**
  - La Unidad de gestión Clínica tendrá permanentemente operativos los procedimientos que faciliten las funciones de consultoría (presencial, telefónica o telemática) de las ZBS. Debe fijar los días de la semana, horario, tipo de consultoría, teléfono/e-mail. Ejemplo de objetivo: "Los profesionales de la unidad se desplazarán a AP para facilitar las labores de consultoría".
- **Otros.** Ejemplos de objetivos:
  - Compromisos de otros procedimientos de trabajo para asegurar la continuidad asistencial (con AP y /o otros servicios): Protocolos conjuntos de uso racional de pruebas diagnósticas, sesiones clínicas conjuntas, formación, foros de encuentro, etc.
  - La Unidad de Gestión Clínica asegurará la captación de pacientes frágiles para el seguimiento telefónico al alta a través del Plan de Telecontinuidad de Cuidados.
  - % de pacientes a los que se planifica la continuidad de cuidados al alta de manera conjunta con Atención Primaria para que debido a la necesidad de adaptación del entorno (familia, domicilio,...) a la nueva situación, la transferencia al domicilio sea lo más adecuada posible.

#### **4.8 Disminución de la variabilidad de la práctica clínica y uso adecuado de fármacos y procedimientos.**

La variabilidad de la práctica clínica es inherente a la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas que realizan los profesionales frente a los pacientes y no siempre es deseable o posible disminuirla. Sin embargo, en este proceso existe una **variabilidad indeseable y evitable** cuya identificación debe ser el primer paso para fijar objetivos en esta dimensión dado que esta variabilidad inapropiada tiene consecuencias para los pacientes, que pueden recibir una atención subóptima y/o perjudicial.

No obstante hay que tener presente que la ausencia de variabilidad no garantiza que la atención que se presta sea la óptima o adecuada. **La unanimidad clínica no es sinónimo de efectividad clínica.**

Indudablemente muchas intervenciones aportan beneficios a los pacientes, pero esas mismas intervenciones no están exentas de riesgos, inconvenientes y costes (otras intervenciones disponibles aportan beneficios escasos o son inútiles). De aquí la necesidad del uso racional de las mismas (en la literatura suele hablarse de uso *adecuado* o *apropiado* –*appropriateness* en la literatura anglosajona-).

Una intervención clínica es adecuada cuando es la más conveniente en las circunstancias del paciente; es decir, aquella cuyo balance beneficios/riesgos, inconvenientes y costes es más favorable.

Una definición más técnica de intervención adecuada es la siguiente: aquella para la que existe un grado razonable de certeza de que su balance beneficios/riesgos, inconvenientes y costes es lo suficientemente superior al de la mejor alternativa disponible como para que se juzgue que merece la pena aplicarla (en lugar de ésta última).

La única forma de saber, con un grado razonable de certeza, si el balance beneficios/riesgos, inconvenientes y costes de una intervención es favorable y en qué grado. Si no hay ninguna otra intervención con un balance aún más favorable es necesario recurrir a los resultados de la investigación clínica de calidad (bien diseñada y realizada); es decir, a lo que se ha dado en llamar la *mejor evidencia disponible* (conocimientos sólidamente fundamentados en la investigación científica).

Uno de los aspectos fundamentales que los profesionales de una UGC deben hacer es **identificar las Áreas de inadecuación y variabilidad inapropiada** para decidir en qué aspectos y problemas de salud es más beneficioso el empleo de herramientas que ayudan a la toma de decisiones adecuadas y disminuir la variabilidad de la práctica clínica.

Existen diferentes herramientas (no todas sirven para lo mismo) y es importante que se analice el contexto para elegir la herramienta adecuada y utilizarla correctamente. Las herramientas más utilizadas en nuestro entorno son:

- **Guías de Práctica Clínica:** Son recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a los médicos y a los pacientes a tomar decisiones acerca de la atención adecuada en circunstancias clínicas específicas. Son prescriptivas, tienen que tener identificado el grupo elaborador y sus recomendaciones deben tener una vinculación explícita de las recomendaciones a la evidencia que las sustenta. Reúnen las siguientes características:

- Especificación del problema. Definición de las preguntas
- Especificación de los resultados de interés y de las opciones disponibles
- Revisión sistemática de la literatura para establecer la relación entre las opciones y los resultados
- Clarificación e incorporación de valores para decidir el curso óptimo de acción
- Consideración de las circunstancias locales y modificación, si se considera necesario, del curso "óptimo" de acción

La unidad debe especificar el número de Guías de Práctica Clínica (GPC) que se compromete a utilizar. Para cada GPC se especificará: nombre de la guía, grupo elaborador, año de publicación y/o revisión, así como si se ha realizado procesos de adaptación.

Si esta UGC decide utilizar una GPC deberá presentar el resultado de la evaluación de la misma mediante el instrumento "Appraisal of Guidelines Research & Evaluation in Europe (AGREE)". El servicio de Gestión Sanitaria hará llegar a cada UGC, la versión en castellano de este instrumento validado en nuestro país. Los resultados de la evaluación de la calidad de la GPC mediante el AGREE, serán adjuntados al presente acuerdo de gestión.

Se valorará la realización de un plan de implantación para cada GPC, así como la selección de uno o más indicadores (recomendación de la GPC) para la posterior **evaluación de la adhesión de los profesionales a esa recomendación**. Sería conveniente que junto a la recomendación seleccionada se especifique su nivel de evidencia científica, clasificada según la North of England Evidence Based Guideline Development PROJECT (1996):

A: Ensayos clínicos controlados, meta-análisis o revisiones sistemáticas, bien diseñados.

B: Estudios controlados no aleatorizados bien diseñados (cohortes, casos y controles)

C: Estudios no controlados o consenso.

- **Procesos Asistenciales Integrados** (Arquitectura 4)

La Gestión por procesos es una estrategia que nace del SSPA y tienen los siguientes objetivos:

- Asegurar de forma ágil, rápida y sencilla el abordaje de los problemas de salud
- Reducir tiempos de ejecución de las tareas (reduciendo interfases)
- Facilitar la identificación de la no calidad en las actividades internas
- Fomentar la implicación y compromiso de las personas

Un proceso pretende reordenar los flujos de trabajo para aportar valor añadido dirigido a aumentar la satisfacción del cliente y a facilitar las tareas de los profesionales y su enfoque principal es asegurar la continuidad asistencial

- **Vías Clínicas:** son planes asistenciales que se aplican a enfermos con una determinada patología /problema de salud.

- Se aplican uniformemente a todos los pacientes atendidos por un diagnóstico y/ o procedimiento determinado, que presentan un curso clínico predecible dentro de un periodo de tiempo predeterminado.
- En una Vía Clínica se definen **secuencia, duración y responsabilidad** de las actividades de médicos, enfermeras y otros profesionales para un diagnóstico o procedimiento particular.
- Debe ser una herramienta consensuada y basada en la mejor evidencia disponible, donde se detallen las actividades **día a día, mes a mes, hora a hora...**
- **Son herramientas locales** para poder implantar las recomendaciones de la mejor evidencia disponible (Guías de Práctica Clínica, Revisiones Sistemáticas) y aclarar las funciones de cada profesional implicado en la atención de un paciente concreto.
- Es de suma importancia **la elección y definición concreta del la población de pacientes**, que se va a beneficiar de la implementación de una Vía Clínica.

Esta población será definida por:

- Diagnóstico: p. ej. IAM, Fallo renal crónico
- Procedimiento: p. ej. Cirugía, bypass coronario, etc.
- Condición específica del paciente

La unidad debe especificar el número de arquitecturas 4 y trayectorias clínicas/vías clínicas que se compromete a utilizar, señalando el proceso, GRD, o patología para los cuales se ha diseñado. Así mismo, se indicarán los servicios o equipos (si procede) que están implicados.

▪ **Planes de cuidados Estandarizados:** Nos proporcionan una guía de acción válida y efectiva sobre las intervenciones/actividades que la enfermera debe realizar ante una situación concreta de salud tras la valoración integral y personalizada de los pacientes.

Cada plan de cuidados deberá tener unos criterios mínimos de calidad expuestos en el cuadro siguiente:

Criterios	
1	Presencia de <b>introducción</b>
2	Uso de una estructura estándar de <b>valoración</b>
3	Uso de la taxonomía <b>NANDA</b> para la denominación de los problemas
4	Los diagnósticos siguen el formato <b>PES</b> (problema + etiología + signos y síntomas)
5	Uso de la taxonomía <b>NOC</b> para medir resultados
6	Uso de la taxonomía <b>NIC</b> para denominar las intervenciones

La unidad debe especificar el número de "Planes de cuidados estandarizados" que se compromete a utilizar. Para cada uno de ellos se especificará: nombre del Plan, la guía, grupo elaborador, año de publicación y/o revisión, así como si se han realizado procesos de adaptación.

Se valorará la realización de un plan de implantación para cada "Plan de cuidado estandarizado", así como la selección de uno o más indicadores para la posterior evaluación de la adhesión de los profesionales a esa recomendación del Plan de cuidados.

Se elaborarán planes de cuidados, con adaptación de guías de práctica clínica y protocolos, que incluyan la valoración, diagnóstico, intervención y evaluación de las respuestas de la persona a los problemas de salud. Se utilizará para su elaboración la terminología NANDA, NIC, NOC, con un fundamento científico. Estos planes se aprobarán por la Comisión de la calidad del Hospital con el conocimiento de la Junta de Enfermería.

▪ **Protocolos:** Se basan en el **consenso** de un grupo multidisciplinario de profesionales para llegar a acuerdos en temas de conflictos o discrepancias.

- El objetivo fundamental de un protocolo va dirigido a **reducir la variabilidad local**.
- No obstante, los protocolos deben estar basados en el mejor conocimiento disponible. Suelen contener recomendaciones y algoritmos de decisión diagnóstica
- Es fundamental en esta herramienta explicitar claramente que se trata de un protocolo local y aclarar en los temas de conflictos donde se basa la recomendación (Acuerdo, consenso explícito o evidencia científica)

**No es obligatorio utilizar todas** estas herramientas de disminución de la variabilidad **la unidad decidirá cuales son las que mejor se adaptan a sus necesidades**.

Los objetivos que se planteen en esta dimensión pueden ser cualitativos (adaptación, elaboración de plan de implantación, etc.) o cuantitativos (medición del grado de adhesión a las recomendaciones de estas herramientas).

✓ **Protocolos de pruebas diagnósticas**

Las **UGC Diagnósticas**, en coordinación con los servicios clínicos, promoverán el uso adecuado de los procedimientos diagnósticos y participarán plenamente en el proceso diagnóstico-terapéutico del paciente. Liderarán también la elaboración de protocolos con árboles de decisión diagnóstica.

Las UGC Diagnósticas evaluarán la actuación de los servicios clínicos en relación con:

- El grado de adecuación de las peticiones a los protocolos en vigor, para lo cual establecerán las medidas oportunas que promuevan la debida cumplimentación de las solicitudes y permitan el análisis de la casuística y de la especialidad sobre la que es necesario actuar para controlar la demanda, implantar protocolos de uso adecuado o guías de práctica clínica.
- La concordancia diagnóstico-clínica de las pruebas más frecuentes.
- El porcentaje de normalidad en los estudios solicitados.

Las pruebas diagnósticas serán evaluadas en base a la sensibilidad, especificidad y valores predictivos obtenidos en la población sobre la que se aplican y en función de los protocolos utilizados en su indicación.

✓ **Guía Farmacoterapéutica.**

La Unidad deberá conocer y disponer de un ejemplar de la Guía Farmacoterapéutica del Hospital, adaptando su prescripción a lo señalado en ésta. Del mismo modo realizarán también uso de las normas de profilaxis antibióticas establecidas por la Comisión de Infecciones y Política Antibiótica (o comisión análoga) del Hospital/Área.

✓ **GINF (Guía de Incorporación Nuevos Fármacos).**

Se trata de una adaptación de la GANT (Guía para la adquisición de nuevas tecnologías) elaborada por la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía y el Servicio de Farmacia del Hospital Universitario Virgen del Rocío. Como instrumento de apoyo a la toma de decisiones, deberá cumplimentarse siempre que se pretenda la inclusión de nuevos fármacos en la Guía Farmacoterapéutica del Hospital. El modelo de informe técnico se encuentra disponible en:

<http://www.csalud.junta-andalucia.es/orgdep/AETSA>.

✓ **Perfil de prescripción.**

Cada Unidad deberá elaborar su perfil de prescripción, de modo que todos sus integrantes conozcan el número y tipo de medicamentos que marcan las directrices de su actividad prescriptora. Quedará también registrada información referente a:

- Principio activo

- Novedades terapéuticas
- VINEs

Además podrá valorarse la utilización de un cuadro de mandos (trimestral, semestral,...) constituido por un grupo de indicadores seleccionados por la propia Unidad, y con un nivel de desagregación también marcado por los integrantes de la misma, como elemento de feed-back para mejorar la calidad de su actividad prescriptora.

En cuanto al **uso adecuado de procedimientos**, es prioritario disponer de herramientas que ayuden a normalizar la práctica clínica con técnicas y procedimientos de uso médico-sanitario para minimizar la variabilidad en la atención y reducir costes.

✓ **GANT (Guía para la adquisición de nuevas tecnologías).**

Constituye una herramienta para la ayuda a la toma de decisiones dirigidas a la introducción ordenada en la práctica clínica de nuevas tecnologías y orientar su uso apropiado cuando se trate de procedimientos o técnicas ya establecidos. La Unidad deberá cumplimentar la solicitud la GANT en cualquiera de los casos anteriores.

#### 4.9 Gestión económica

El presupuesto operativo recoge los objetivos de costes (expresados en euros) a los que se compromete la UGC para realizar unas actividades asistenciales dadas, durante un periodo de un año.

El sistema que aporta el formato solicitado de "presupuesto operativo" es el COAN-hyd, tras la introducción oportuna de los datos de acuerdo con el modelo adjuntado en el Anexo 6.

Los objetivos se formularán como:

- % de incremento máximo en capítulo I
- % de incremento máximo en capítulo II y IV

**La supervisión y análisis de congruencia de los objetivos económicos, previamente a la firma del acuerdo, se realizarán de acuerdo con los indicadores de Andalucía fijados por el Servicio de Análisis presupuestario de los SS.CC.**

#### 4.10 Dimensión de libre configuración

Tienen cabida otros aspectos a discreción de la propia unidad, pero se incluirán preferentemente objetivos relacionados con:

- **Investigación**

La Unidad deberá tener definidas Áreas de investigación propias, teniendo en cuenta el Plan Marco de Investigación de Andalucía y las necesidades de la población a la que atiende. Los proyectos de investigación deberán cumplir con los requisitos éticos establecidos (Declaración de Helsinki) y deberá tener el visto bueno de "Comisión de Ética e Investigación" de cada centro sanitario.

Sería conveniente que las unidades de gestión clínica **impulsaran proyectos de investigación que le permitan mejorar la calidad de su atención sanitaria y que aporten conocimiento al SSPA: investigación en servicios sanitarios, evaluación de procedimientos, implantación de guías de práctica clínica, investigación en resultados en salud (calidad de vida, supervivencia), etc.**

Proyecto de Investigación en curso				Año de finalización			
Título	Subvención por Agencia Pública (FIS, Consejería. Otras) Importe	Subvención por Industria farmacéutica. Importe	No subvención	2007	2008	2009	2010



<i>Difusión de resultados para año 2006</i>							
	Comunicaciones a Congresos			Publicaciones			

<i>Protocolos de Investigación a realizar</i>			
Área temática	Previsto la petición Subvención a Agencia Pública(FIS, Consejería )	Prevista la Subvención por Industria farmacéutica	No prevista la petición de la subvención

- **Gestión de los profesionales**

**Los profesionales son el elemento clave para el funcionamiento del Sistema Sanitario. Para asegurar la participación, alentar las iniciativas y, en definitiva, lograr su satisfacción y la mejora final de la calidad de los servicios sanitarios, las Unidades deberán poner énfasis en los siguientes aspectos:**

- ✓ **Formación**

Plan de formación personalizado que contemple las demandas y necesidades de los profesionales, reforzando aquellas competencias que son necesarias para el desarrollo de los procesos de la unidad.

Se potenciarán, además de los temas dirigidos a la mejora del conocimiento y habilidades de la práctica clínica, aquellos relacionados con: "ética asistencial" "información /participación en la toma de decisiones", "personalización y continuidad de los cuidados", "calidad de la documentación clínica", "confidencialidad" y todos aquellos que incluyan los valores en los que se basa el modelo de atención sanitaria del SSPA.

Se fomentará en la Unidad la realización de sesiones de enfermería para la mejora de los cuidados.

- ✓ **Competencia profesional**

Podrán elaborarse perfiles o mapas de competencias de los profesionales que pertenecen - o sería deseable que pertenecieran- a la Unidad.

- ✓ **Plan Comunicación**

Todos los miembros deben conocer las "fortalezas" y "debilidades" de su Unidad tanto para hacerse partícipes de los éxitos como para incidir en aquellos aspectos que necesiten ser mejorados. Este plan de comunicación deberá verse compuesto por los elementos que mejor reflejen la dinámica y "cultura" de la Unidad: sesiones periódicas, paneles de comunicación interna, etc.

- ✓ **Plan de acogida a nuevos profesiones**

Para facilitar su integración en la "vida diaria" de la Unidad.

- **Documentación clínica**

- La unidad cumplimentará los datos clínicos que se deriven de la asistencia al paciente, en relación con la patología atendida y los procedimientos realizados, según el sistema de codificación vigente. Actualmente la CIE-9-MC

- La unidad colaborará con la organización de los archivos de historias clínicas, siguiendo las instrucciones recogidas en el manual de uso de la HC, en cumplimiento de la Ley orgánica 15/99 de Protección de datos de carácter personal
- La unidad cumplirá los principios recogidos en la Ley 41/ 2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica
- La unidad se comprometerá a salvaguardar toda la información recogida de los pacientes y registrada en los sistemas de información, así como el derecho de las personas a mantener en privado determinados elementos de la relación con los profesionales sanitarios

## 5. Evaluación

La evaluación es el elemento fundamental de cualquier proceso que pretenda ser mejorado. Si no medimos, si no evaluamos, no podemos conocer el alcance en el cumplimiento de los objetivos fijados ni mejorar la calidad de los servicios prestados.

Las herramientas empleadas en la evaluación deben ser elementos validados, fiables y adaptados a las necesidades de quien los utiliza.

La evaluación debe ser un proceso dinámico, capaz de adaptarse a los cambios que imprima el avance de la gestión clínica como modelo de trabajo. En este sentido, podrán revisarse y modificarse anualmente todos aquellos aspectos que contribuyan a evaluar las unidades de un modo más válido y fiable de acuerdo a su desarrollo (peso de los objetivos, incentivos no económicos, etc.).

### 5.1 Envío de la evaluación del Acuerdo de Gestión a la DGAS.

Se enviará a la Subdirección de Gestión Sanitaria (según la fecha que se establezca desde la DGAS) un **informe detallado** de la evaluación global y de los diferentes objetivos fijados en el presente acuerdo.

La Dirección Gerencia del Hospital/AGS certificará los resultados obtenidos firmando el documento de los resultados junto con el responsable de la UGC.

La fiabilidad y validez de los datos ligados a incentivos se evaluará sistemáticamente por procedimientos o auditorías externas a las UGCs. 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 podrá penalizar sobre los incentivos asignados a la variable afectada hasta una cuantía doble al error identificado.

### 5.2. Metodología

En el presente acuerdo **debe definirse el método** que se empleará posteriormente para medir los resultados obtenidos en el año de cada uno de los indicadores y/o aspectos para los que se hayan fijado objetivos.

En la evaluación de aspectos cuantitativos, el indicador representará el porcentaje de eventos favorables (que cumplen el objetivo/estándar fijado) respecto al total de eventos posibles. En otras ocasiones sólo podrá comprobarse si la condición que se pretende medir se cumple o no.

Un principio básico en este proceso de evaluación es que la recogida de la información sea solo la necesaria e implique el menor coste posible en tiempo y recursos.

### Periodos de evaluación

La evaluación del ejercicio 2007 deberá remitirse a la DGAS antes del **31 de marzo de 2007**. Las unidades en funcionamiento medirán el cumplimiento de objetivos tomando como periodo de evaluación el año natural.

Desde el año 2006 disponemos de una aplicación informática que simplifica la recogida de datos y proporciona un cálculo automático del % total del cumplimiento de los objetivos, facilitando notablemente la evaluación de las Unidades de Gestión Clínica y posibilitando el establecimiento de comparaciones entre ellas. **En el Anexo 7** detallamos y ofrecemos ejemplos del método de evaluación.

### **Objetivos que componen una dimensión**

Todos los objetivos pertenecientes a una misma dimensión se ponderan **equitativamente**. **Sin embargo**, si la Unidad desea poner mayor énfasis en **algún objetivo específico podrá asignar a este un 20% del peso de la misma (del 100% del peso de la dimensión se asignará un 80% equitativamente entre los objetivos que la componen y un 20% se podrá asignar libremente por parte de la dirección del centro)**.

### **Evaluación cuantitativa**

Podrán proponerse:

1.-Indicadores en los que el numerador y el denominador proceden de los Sistemas de Información que existen en los Hospitales/Áreas (INIHOS, SICPRO, INFHOS, CMBDA, AGD, etc.). En este caso no será necesario que se explicite numerador y denominador.

*Por ejemplo:* “estancia media para un GRD”, “tasa de indicación quirúrgica para el procedimiento x”, “porcentaje de reingresos”, etc.

Cuando se obtengan datos del CMBD-A deben quedar claros los códigos CIE a estudiar y tendrá que haber un compromiso previo de la unidad para mejorar la calidad y cantidad de los datos en los informes de alta.

2.-Indicadores en los que numerador o denominador, o ambos, proceden de registros propios.

*Por ejemplo:* “% de consultas de acto único”. En estos casos el procedimiento de registro, numerador y denominador deberán quedar explícitos.

3.-Indicadores cuyo numerador y denominador se obtienen a través de auditorías de historias clínicas. Se deberán aportar los siguientes datos:

- Tamaño muestral requerido para unos valores fijados de poder y amplitud del Intervalo de Confianza
- Procedimiento de muestreo
- Periodo de evaluación
- Variables a recoger: explícitas y codificadas
- Procedimiento de extracción de las variables : personas que lo harán, manual para interpretación de datos de la historia
- Presentación de resultados con intervalos de confianza
- Limitaciones

La evaluación de las Normas de calidad de los Procesos Asistenciales Integrados, que consistirá normalmente en la auditoría de historias clínicas, se deberá ajustar a la metodología expuesta en el manual “Evaluación de Normas de Calidad de los Procesos Asistenciales Integrados en Atención Especializada”

### **Evaluación cualitativa**

La subjetividad que puede suponer en algunos casos la evaluación cualitativa hace aconsejable que ésta quede limitada únicamente a aspectos en los que no esté indicada o no

sea posible una evaluación cuantitativa, por ejemplo: firma de acuerdos específicos entre unidades, reuniones intra o interniveles, adaptación local de guías o protocolos validados, etc. En estos casos será necesario que se especifique claramente el método empleado así como la definición de todos aquellos conceptos que se manejen en la evaluación y que se consideren importantes para la misma.

La evaluación del cumplimiento del objetivo debe realizarse **por 2 evaluadores externos a la unidad, de forma independiente**, y el resultado debe decidirse por consenso. En caso de desacuerdo el objetivo se considerará no cumplido.

Las funciones de valor que deben asignarse son:

- objetivo cumplido: 10
- objetivo no cumplido: 0

### **Evaluación de la Gestión Económica**

La Dirección Económica del Hospital/AGS dará a conocer a la unidad el seguimiento de sus objetivos económicos enviando su informe COAN-hyd correspondiente al menos en el momento de la evaluación anual. La estructura de dicho informe se incluye en el Anexo 6 y va en consonancia con el presupuesto operativo de la unidad. La UGC puede pactar con la Dirección Económica del Hospital/AGS la monitorización de estos datos con periodicidad trimestral.

Para valorar la coherencia de la unidad desde el punto de vista económico en capítulo 1, 2 y 4 se requiere el cumplimiento de los siguientes requisitos:

- Que exista congruencia respecto del coste del ejercicio anterior planteado en capítulos 1, 2 y 4 con el incremento autorizado en Contrato-Programa
- Que exista congruencia en el coste medio por profesional de la unidad (incluidos sustitutos y eventuales) con el coste medio por profesional de los Hospitales de Andalucía
- Que el porcentaje de sustitutos y eventuales sobre plantilla que plantea la unidad clínica sea igual o inferior al porcentaje medio de dicho concepto en el total de los Hospitales de Andalucía.

Se deberá justificar el incumplimiento de cualquiera de los tres apartados. La Dirección del Hospital/AGS facilitará la propuesta de presupuesto operativo de la unidad para proceder a su negociación y, tras ella, proponer un presupuesto operativo definitivo pendiente de la supervisión por parte de los SS CC del SAS. Para ello se remitirá al Servicio de Análisis Presupuestario (Subdirección de Presupuestos del SAS):

- Fichero COAN-hyd de la anualidad correspondiente
- Código COAN-hyd de la UGC de esta anualidad y de la anterior si fueran diferentes
- Indicación del número de profesionales incluidos en la unidad por categorías
- Justificación del incumplimiento de los criterios marcados.

### **5.3 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 función de la evaluación global del cumplimiento de los objetivos establecidos en el Acuerdo de Gestión:

- Ninguna UGC percibirá los incentivos ligados a este acuerdo, si no ha mantenido durante el 2007 los niveles de ACCESIBILIDAD establecidos en los decretos 209/2001 y 96/2004. **(Sin menoscabo de que el complemento de rendimiento profesional pueda percibirse)**
- **La valoración global del cumplimiento de los objetivos del Acuerdo de Gestión deberá ser igual o 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 (el % de objetivos logrados vendrá expresado con un solo decimal, según la fórmula de redondeo comúnmente utilizada) :

<b>% Objetivos logrado</b>	<b>% Incentivos correspondientes</b>
≤ 59,9 %	0 %
≥60 a 69,9 %	60%
≥70 a 79,9 %	70%
≥80 a 89,9 %	80 %
≥90 a 94,9%	90 %
≥ 95%	100 %

- Los incentivos asociados a las dimensiones “Accesibilidad”, y “Actividad y Rendimiento” no podrán percibirse si la UGC utiliza alguno de los modelos de actividad extraordinaria existentes en la organización como los “Equipos Móviles” o el “Autoconcierto Interhospitalario”, para mejorar sus tiempos de respuesta (siempre y cuando el motivo de la utilización de este recurso extraordinario no se deba a circunstancias estructurales sobre las que la UGC no tenga capacidad de influir, este aspecto será valorado por la Dirección del centro/AGS y deberá contar con el visto bueno de la DGAS).
- Las UGC podrán participar y recibir compensación por realizar Autoconcierto InterHospitalario para mejorar el tiempo de respuesta quirúrgico de consultas y pruebas diagnósticas de otros Hospitales, así como en Equipos Móviles que se desplacen a otros Hospitales para cooperar en la mejora de los tiempos de respuesta.
- En el documento definitivo del Contrato Programa se especificará la cuantía económica que aportará cada profesional a la bolsa máxima de incentivos de la Unidad de Gestión Clínica.

### Ponderación de las dimensiones evaluadas

La ponderación o peso de cada dimensión varía ligeramente dependiendo del tipo de unidad y será para el 2007, el que se recoge en la tabla 1.

Tabla 1: Ponderación de las distintas dimensiones del Acuerdo de Unidades de Gestión Clínica de Atención Hospitalaria.

Dimensión	Cuidados. Críticos. y Urgencias	Diagnóstica	Farmacia	Hospital Día Médico y quirúrgico	Médica	Médico-quirúrgicas	Neonatología	Quirúrgica	Salud Mental
Actividad y rendimiento	10	20	20	15	10	10	10	15	10
Accesibilidad	5	25	0	10	15	15	10	20	15
Seguridad el Paciente (Circunstancias adversas a la utilización Hospitalaria)	5	0	0	10	5	5	10	5	5
Indicadores clínicos y normas de calidad	20	15	5	5	15	15	15	15	15
Orientación al ciudadano y satisfacción	20	15	10	20	15	15	15	15	10
Prescripción farmacéutica	15	0	20		15	15	5	5	15
Continuidad Asistencial	10	0	15	20	10	10	20	10	15
Disminución de la variabilidad de la práctica clínica y uso adecuado de procedimientos	5	15	20	10	5	5	10	5	5
Gestión Económica	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Libre Configuración	5	5	5	5	5	5	0	5	5

### Procedimientos para la distribución interna de los incentivos

- La bolsa inicial y máxima de incentivos se calcula con los integrantes de la unidad al inicio del año natural. Tanto el incremento como la disminución en el número de integrantes no modificará dicha bolsa, hasta la revisión en el ejercicio siguiente.
- Una vez realizada la evaluación de la unidad y en función de los resultados obtenidos se cuantificará la bolsa definitiva, cuya cuantía se tendrá que distribuir (según los mecanismos previamente pactados), entre todos los que hayan participado en la unidad, (independientemente de que por su incorporación más tardía no estuviera incluido en la relación inicial de profesionales. Al igual que si un miembro que inicialmente estuviera en la lista de profesionales y que causara baja durante el año no supondría una minoración de la bolsa, percibiendo los incentivos correspondientes al tiempo que si participó y repartiendo el resto entre los demás miembros de la unidad).
- Tras la evaluación de la Unidad, quien ostente la Dirección Gerencia 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 la misma y del tiempo trabajado en la unidad y comunicará a la Dirección Gerencia del Hospital/Área la asignación a cada uno de ellos. En todo caso se tendrán que seguir los mecanismos de reparto previamente acordados.
- En ningún caso la distribución interna será lineal, ni por persona ni por categoría profesional.

## **ANEXOS**

- Anexo 1      Atención a pacientes y familiares en la UCG**
- Anexo 2      Personal que compone la UGC**
- Anexo 3      Accesibilidad - tiempos de espera**
- Anexo 4      Demora quirúrgica por grupos de procedimientos incluidos en el Decreto  
209/01**
- Anexo 5      Seguridad del paciente**
- Anexo 6      Estructura del presupuesto operativo y seguimiento de las Unidades de  
Gestión Clínica**
- Anexo 7      Evaluación**
- Anexo 8      Modelo de incentivos**
- Anexo 9      Tabla resumen de objetivos vinculados a incentivos**





## ANEXO 1

### Atención a pacientes y familiares en la UGC

La UGC garantizará la personalización de la asistencia en todos los procesos de atención los pacientes y sus familiares.

La UGC fomentará la incorporación del lenguaje no sexista en la documentación y la información a sus pacientes y familiares.

### SATISFACCIÓN Y EXPECTATIVAS DE LOS USUARIOS

La Unidad llevará a cabo acciones para aumentar la satisfacción de los usuarios conocer y lograr sus expectativas.

La UGC potenciará la utilización de las encuestas autocumplimentadas tras el alta Hospitalaria de sus pacientes.

La Unidad presentará los resultados de las encuestas de satisfacción (anual del Hospital y autocumplimentada al alta por Servicios), a los profesionales que conforman la Unidad de Gestión Clínica, los cuales establecerán Planes de Mejora en función de los resultados obtenidos y los objetivos establecidos en el CP 2005-2008 de su centro.

### RECLAMACIONES

Las reclamaciones recibidas en la Unidad serán contestadas en el plazo establecido. Serán objeto de revisión como procesos "centinelas" de funcionamiento inadecuado de la Unidad.

A lo largo del año en curso se seguirá trabajando en mejorar la respuesta a las reclamaciones dirigidas a la Unidad, profesionales o servicios de su ámbito. Aplicará el procedimiento escrito sobre circuitos, plazos y contenidos mínimos de las respuestas a las reclamaciones y sugerencias.

Al finalizar cada semestre, la Unidad dispondrá de un estudio sobre la evolución de las reclamaciones por motivos, tipo de profesional afectado y tipo de respuesta.

La UGC identificará y dará a conocer las reclamaciones relacionadas con trato inadecuado de sus profesionales, falta de intimidad, falta de información y confidencialidad. Para los tres motivos más reclamados en relación al nº total de reclamaciones recibidas, establecerá acciones de mejora.

En cuanto a la difusión de la opinión de los usuarios, arbitrará las medidas para dar a conocer a toda la Unidad el resumen de reclamaciones recibidas y las mejoras introducidas gracias a las mismas. Para ello aprovechará para dar lectura a aquellas reclamaciones que considere sean más significativas por ser susceptibles de generar actuaciones de mejora.

### PARTICIPACIÓN CIUDADANA

La Unidad colaborará en las líneas de participación ciudadana que su institución ponga en marcha en el marco del III Plan Andaluz de Salud. Tratará de acercarse a la comunidad con el doble objetivo de informar de nuestros servicios de forma transparente y de escuchar su opinión y darles participación para mejorarlos.

### DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS

Cuando el paciente entre en contacto con la Unidad en cualquiera de sus ámbitos de atención se le informará de la organización de la Unidad, de sus derechos y de sus deberes como usuario.

## **CONFIDENCIALIDAD E INTIMIDAD**

Entre los objetivos mínimos que debe cumplir y mantener la Unidad en relación con la confidencialidad figuran, los estándares definidos en el marco del Plan de las Pequeñas Cosas y en el Plan de Intimidad para todos los centros de su ámbito.

La Unidad adoptará las medidas para que en el entorno asistencial se garantice la confidencialidad sobre la información clínica y otros aspectos privados del paciente, sus creencias y valores, que son conocidos por el personal que le cuida y le trata durante su estancia en el Centro.

## **VOLUNTAD VITAL ANTICIPADA**

La Unidad de Gestión Clínica facilitará al ciudadano, la información y los procedimientos administrativos de cara al ejercicio recogido en el Decreto 238/2.004 (Boja 104 de 28 de mayo de 2.004)

## **SEGUNDA OPINION MÉDICA**

La Unidad de Gestión Clínica facilitará al ciudadano, la información y los procedimientos administrativos de cara al ejercicio recogido en el Decreto 127/2.003 y Orden de 24 de Agosto de 2.004 (Boja 173 del 3 de Septiembre de 2.004)

## **ACCESIBILIDAD**

La Unidad adaptará su organización para adecuarse en todos sus ámbitos asistenciales a los tiempos de espera máximos definidos en el Mapa de Procesos del SSPA y/o contenidos en este Acuerdo de Gestión.

La Unidad establecerá mecanismos de detección de situaciones en riesgo social que pudieran resultar en desigualdades en el acceso a los servicios, implantando medidas de carácter informativo, formativo, organizativo o de intervención social para acortar en lo posible estas desigualdades.

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Las Unidades de Gestión Clínica realizarán las actuaciones necesarias para la obtención del consentimiento informado por escrito de pacientes ante intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de tratamientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud.





## ANEXO 3

## Accesibilidad / Tiempos de espera

Los rangos temporales podrán modificarse para que los datos de la Unidad queden reflejados del modo más adecuado. De cualquier manera dicho cambio deberá tener siempre en cuenta y ajustarse los tiempos contemplados en los Decretos 209/2001 y 96/2004.

Intervenciones en cartera de servicios de la Unidad	Total de pacientes Año 2006	Total de pacientes Objetivo 2007	% de pacientes por tramos de espera						
			0 a 60 días		61 a 120 días		121 a 180 días		
			Año 2006	Objetivo 2007	Año 2006	Objetivo 2007	Año 2006	Objetivo 2007	
Total de intervenciones									

Cada UGC deberá fijar objetivos para los grupos de procedimientos que le correspondan según su especialidad. Al final del ANEXO se presentan el total de los grupos de procedimientos para ser seleccionados y las tablas que se deben utilizar para marcar objetivos.

	Total de pacientes		% de pacientes por tramos de espera						
			0 a 30 días		31 a 45 días		46 a 60 días		
	Año 2006	Objetivo 2007	Año 2006	Objetivo 2007	Año 2006	Objetivo 2007	Año 2006	Objetivo 2007	
Primeras consultas AP									

Pruebas Diagnósticas	Total de Pacientes		Nº y % de pacientes por tramos de espera			
			0 a 15 días		16 a 30 días	
	Año 2006	Objetivo 2007	Año 2006	Objetivo 2007	Año 2006	Objetivo 2007
Prueba Diagnóstica 1						
Prueba Diagnóstica 2						
Prueba Diagnóstica n						

**Procesos Asistenciales Integrados (PAIs)**

La unidad fijará sus objetivos para los PAI que le competan, de nuevo en consonancia con los tiempos fijados por el Decreto 96/2004.

PAIs – Tiempo de garantía 30 días	Total de Pacientes		% de pacientes por tramos de espera			
	Año 2006	Objetivo 2007	0 a 15 días		16 a 30 días	
			Año 2006	Objetivo 2007	Año 2006	Objetivo 2007
Cáncer de Cérvix/Útero						
Cáncer de mama						
Cáncer de próstata/Hiperplasia Benigna						
Cáncer Colorrectal						
Cáncer de Piel						
Disfonía-Cáncer Laríngeo						

PAIs – Tiempo de garantía 60 días	Total de pacientes		% de pacientes por tramos de espera					
	Año 2006	Objetivo 2007	0 a 30 días		31 a 45 días		46 a 60 días	
			Año 2006	Objetivo 2007	Año 2006	Objetivo 2007	Año 2006	Objetivo 2007
Dolor torácico de origen cardíaco								
Insuficiencia cardiaca								

## ANEXO 4

## Objetivos 2007 para demora quirúrgica por grupos de procedimientos incluidos en el decreto 209/01

Las UGC quirúrgicas deben fijar objetivos de los grupos que le correspondan según su especialidad y su cartera de servicios.

GRUPO	RESULTADO 2006		OBJETIVO 2007	
	Número Intervenciones	Demora Media	% incremento nº intervenciones	% reducción Demora Media
CATARATAS				
HERNIAS				
PROCESOS ARTICULARES QUE NO REQUIEREN PRÓTESIS				
PROCESOS ARTICULARES QUE REQUIEREN PRÓTESIS				
E. AGMIDALAS Y ADENOIDES				
DEFORMIDADES DE LOS DEDOS DE LOS PIES				
LESIONES IMPORTANTES DE PIEL				
LITIASIS, FÍSTULAS, ESTENOSIS Y OTRAS E. DE VESÍCULA Y VÍAS BILIARES				
MIOMAS Y OTRAS E. ÚTERO Y CUELLO				
FIMOSIS				
VARICES MÓRBIDAS DE EXTREMIDADES INFERIORES				
SD. TUNEL CARPIANO Y TARSIANO Y ADHERENCIAS NERVIOSAS				
HEMORROIDES, FÍSTULAS Y OTROS PROCESOS PERIANALES				
HERNIAS DISCALES, MENINGOCELES Y OTROS PROCESOS QUE AFECTAN A LA MÉDULA Y CANAL ESPINAL				
ENFERMEDADES DEL TÍMPANO				
ENFERMEDADES DE LA PRÓSTATA				
BOCIO Y OTRAS ENFERMEDADES DE TIROIDES Y PARATIROIDES				
TUMORES OSEOS BENIGNOS, OSTEOMIELITIS Y OTRAS ENFERMEDADES DE LOS HUESOS				
E. QUE AFECTAN A LA VEJIGA				
TUMORES BENIGNOS, INFECCIONES, INFLAMACIONES Y OTRAS ENFERMEDADES DE LA MAMA				
QUISTES Y ENFERMEDADES DE OVARIO Y TROMPAS				



GRUPO	RESULTADO 2006		OBJETIVO 2007	
	Número Intervenciones	Demora Media	% incremento nº intervenciones	% reducción Demora Media
ENFERMEDADES DE LA LARINGE				
METRORRAGIAS Y OTROS PROCESOS GINECOLÓGICOS CON LEGRADO(EXCEPTO IVE)				
ANOMALIAS Y LESIONES DEL CONDUCTO LACRIMAL Y SACO				
PROCESOS QUE REQUIERAN VITRECTOMIA				
LESIONES DE PIEL SECUNDARIAS				
CRPTORQUIDIA, LESIONES Y ANOMALIAS TESTICULARES				
ENFERMEDADES QUE AFECTAN AL RIÑÓN Y/O URE				
OTITIS Y PROCESOS O LESIONES QUE AFECTAN AL OIDO MEDIO E INTERNO				
ENFERMEDADES DEL RECTO Y ANO				
E. DE LAS VÁLVULAS CARDIACAS				
E. QUE CURSAN CON INCONTINENCIA URINARIA				
GLAUCOMA				
E. INTESTINO GRUESO				
E. DE LA MASTOIDES				
LITIASIS URINARIA				
ANOMALIAS DE LA URETRA				
FÍSTULAS ARTERIOVENOSA PARA DIÁLISIS				
E. DE LAS ENCIAS				
ULCERA GASTRODUODENAL, TUMORES BENIGNOS, HERNIAS DE HIATO Y OTRAS E. DEL ESTÓMAGO Y DUODENO				
E. DE GLÁNDULAS SALIVARES				
QUELOIDES Y CICATRICES HIPERTRÓFICAS DE LA PIEL				
E. DE LOS GANGLIOS Y TEJIDO LINFÁTICO				
E. PALADAR Y ÚVULA				
MENINGIOMAS Y OTROS PROCESOS INTRACRANEALES				
E. DE LA VAGINA Y VULVA				
PROCESOS QUE AFECTAN A LOS NERVIOS ESPINALES Y CRANEALES				
MALFORMACIONES CONGÉNITAS Y LESIONES DE LABIO Y BOCA				
PROCESOS QUE REQUIEREN REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA				
PROCESOS QUE REQUIEREN				

GRUPO	RESULTADO 2006		OBJETIVO 2007	
	Número Intervenciones	Demora Media	% incremento nº intervenciones	% reducción Demora Media
DERIVACIONES VASCULARES				
E. GLÁNDULAS SUPRARRENALES, TIMO E HIPÓFISIS				
HIDROCEFALIA E HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL				
E. LARINGE				
E QUE REQUIEREN REPARACIONES DE VASOS SANGUINEOS( EXCLUIDAS VARICES DE EXTREMIDADES INFERIORES)				
E. PULMON, PLEURA Y MEDIASTINO				
E. ORBITA Y GLOBO OCULAR				
E.HÍGADO				
PROCESOS QUE REQUIEREN REVASCULARIZACIÓN MIOCARDICA				
LESIONES Y ANOMALIAS DEL PENE				
MALFORMACIONES Y OTRAS ANOMALIAS CRANEALES				
E. BAZO				
ANOMALIAS O MALFORMACIONES CARDIACAS				
PROCESOS QUE AFECTAN AL IRIS, CAMARA ANTERIOR Y CUERPO CILIAR				
FISTULAS GINECOLÓGICAS				
E. PANCREAS				
E. Y ANOMALIAS DE LA PARED TORACICA Y DIAFRAGMA				
E. Y LESIONES DE LA CORNEA				
PROCESOS QUE REQUIEREN INSERCIÓN DE NEUROESTIMULADOR				
LESIONES DEL PARPADO				
FIBROSIS Y ADHERENCIAS GENITOURINARIAS				
E. ESCLERÓTICA				
E. TRÁQUEA Y BRONQUIOS				
PERICARDITIS Y OTRAS E. DEL PERICARDIO				



## ANEXO 5

### Seguridad del paciente

#### ALGUNOS EJEMPLOS DE OBJETIVOS PROPUESTOS EN LA DIMENSIÓN “SEGURIDAD DEL PACIENTE”

##### EJEMPLOS PARA UNA UGC CIRUGÍA GENERAL

- INFECCIÓN DE LOCALIZACIÓN QUIRÚRGICA SUPERFICIAL EN CIRUGÍA COLON / RECTO

**DEFINICIÓN:** La unidad se compromete a que la infección de localización\_quirúrgica superficial en los procedimientos de cirugía colon/ recto será menor de.....

**NUMERADOR:** Nº de pacientes con infección según los criterios CDC en el periodo.....

**DENOMINADOR:** Nº de pacientes intervenidos por procedimiento de cirugía colon/recto en ese periodo

- HEMATOMA O HEMORRAGIA POSTOPERATORIA:

**DEFINICIÓN** La UGC se compromete a que el nº de casos de hematoma o hemorragia que requieren un procedimiento por cada 1.000 altas quirúrgicas será menor de.....

**NUMERADOR** Altas con un código CIE-9-MC de hemorragia o hematoma postoperatorios en cualquier campo de diagnóstico secundario y un código de control de hemorragia postoperatoria o de drenaje de hematoma (respectivamente) en cualquier campo de procedimiento secundario por cada 1.000 altas. El código de procedimiento de control postoperatorio de hemorragia o hematoma debe ocurrir el mismo día o después del día del procedimiento principal.

**DENOMINADOR** Todas las altas quirúrgicas de la UGC definidas por determinados GDRs.

**JUSTIFICACIÓN** El indicador pretende identificar los casos de hemorragia o hematoma que siguen a una intervención quirúrgica.

- ASEGURAR LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE A INTERVENIR Y LA LOCALIZACIÓN ANATÓMICA

**DEFINICIÓN:** La Unidad elaborará un procedimiento explícito, consensuado y rutinario mediante el cual se verificará preoperatoriamente la persona, procedimiento y sitio quirúrgico, se marcará sitio quirúrgico, y se verificará en el quirófano.

**INDICADOR CUALITATIVO** .Se considerará que la unidad ha cumplido el objetivo si constata haber protocolizado este procedimiento detallando la forma, momento, lugar y responsabilidades de los miembros de la unidad.

**JUSTIFICACIÓN.** Son circunstancias poco frecuentes pero constituye un problema relevante en el ámbito de seguridad de los pacientes no-solo por las consecuencias devastadoras para los pacientes sino también por la repercusión legal

##### EJEMPLOS PARA UNA UGC DE MEDICINA INTERNA

- PREVENCIÓN DE LAS ULCERAS DE DECÚBITO

**DEFINICIÓN** La UGC se compromete a que el nº de casos de úlcera de decúbito por cada 1.000 altas con una estancia media mayor de 4 días será menor de.....

**NUMERADOR** Altas con código CIE-9-MC 7070 en cualquier campo de diagnóstico secundario por cada 1.000 altas.

**DENOMINADOR** Todas las altas médicas y quirúrgicas definidas por GDRs específicos.

Incluye solo los pacientes con una estancia de 5 o más días.

Excluye los pacientes en la CDM 9, o los pacientes con cualquier diagnóstico de hemiplejía, paraplejía, tetraplejía. Excluye los pacientes obstétricos en la CDM 14. Excluye los pacientes que provienen admitidos de unidades de larga estancia.

**JUSTIFICACIÓN** Este indicador pretende identificar los casos de úlcera de decúbito en pacientes Hospitalizados. Su definición se limita a las úlceras de decúbito que aparecen como un diagnóstico secundario para distinguirlas mejor de los casos que estaban presentes en el ingreso. Además, el indicador excluye a los pacientes que tienen una estancia de 4 días o menos, porque es improbable que una úlcera de decúbito se desarrolle en ese periodo de tiempo. Finalmente, este indicador excluye a los pacientes que son especialmente susceptibles a las úlceras de decúbito, es decir los pacientes con problemas importantes de la piel (CDM 9) y parálisis.

▪ VALORACIÓN DE LOS RIESGOS INTRINSECOS Y EXTRINSECOS QUE PUEDEN INCIDIR EN UNA DISMINUCIÓN DE LA SEGURIDAD

**DEFINICIÓN:** La unidad realizará un procedimiento explícito y consensuado para valorar en cada paciente ingresado los riesgos intrínsecos y extrínsecos asociados a los efectos adversos. Además establecerá sistemas de recordatorios para que se tengan en cuenta esos riesgos en la asistencia diaria de los pacientes de riesgo

**INDICADOR CUALITATIVO** Se considerará que la unidad ha cumplido el objetivo si constata haber protocolizado este procedimiento detallando la forma, momento, lugar y responsabilidades de los miembros de la unidad y manera de realizar recordatorios efectivos sin alarmar a pacientes y familiares

**JUSTIFICACIÓN.** En los pacientes con EAh, los factores de riesgo intrínsecos que se identifican con más frecuencia son hipertensión (21,60%) y neoplasia (13,58%), y entre los factores de riesgo extrínseco la presencia de catéter venoso periférico (35,93%) y la de sonda urinaria abierta (12,22%).

Identificación de pacientes de alto riesgo, especialmente: vulnerables por edad, con trastornos cognitivos, restricciones de movilidad, trastornos de la nutrición, alérgicos, con procesos oncológicos, en situación de cuidados paliativos, en soporte vital, pacientes con enfermedades infecto-contagiosas y pacientes sometidos a diálisis o transfusión.

**DEFINICIÓN DE INDICADORES HOSPITALARIOS PROPUESTOS POR LA AHRQ Y MEDIDOS A TRAVÉS EL CMBD**

*(La documentación de este Anexo ha sido aportada por el Servicio de Producto Sanitario)*

**1. COMPLICACIONES DE LA ANESTESIA**

**DEFINICIÓN**

**Casos de sobredosis de anestesia, reacción o mala colocación del tubo endotraqueal por cada 1.000 altas quirúrgicas.**

**NUMERADOR**

Altas con códigos diagnósticos CIE-9-MC de complicaciones de la anestesia en cualquier campo diagnóstico secundario por cada 1.000 altas.

**DENOMINADOR**

Todas las altas quirúrgicas definidas por específicos.

Excluye a los pacientes con códigos de envenenamiento por anestésicos (E8551, 9681-4, 9687) y cualquier código diagnóstico de drogodependencia activa, o abuso de drogas activo en no drogodependientes o de autolesiones.

#### **RESUMEN**

Este indicador pretende identificar los casos con un código de causa externa de lesiones (códigos E) y códigos de complicaciones por efectos adversos debidos a la administración de drogas terapéuticas, así como las sobredosis de agentes anestésicos utilizados ante todo en entornos terapéuticos.

### **2. MORTALIDAD EN GRDS DE BAJA MORTALIDAD**

#### **DEFINICIÓN**

**Muertes en el Hospital por cada 1.000 pacientes con GDRs cuya mortalidad sea menor de 0.5%.**

#### **NUMERADOR**

Altas de fallecidos por cada 1.000 pacientes en riesgo.

#### **DENOMINADOR**

Pacientes con tasa de mortalidad inferior al 0.5%, basadas en los de baja mortalidad del NIS 1997. Si un GRD se divide en "sin/con complicaciones", ambos deben tener tasas de mortalidad por debajo del 0.5% para ser incluidos.

Excluye los pacientes con cualquier código de traumatismo, inmunosupresión o cáncer.

#### **RESUMEN**

Este indicador pretende identificar las muertes que ocurren en el Hospital en pacientes con poca probabilidad de morir durante la Hospitalización. La asunción subyacente es que cuando un paciente, que es ingresado por una enfermedad o por un procedimiento de muy baja mortalidad, muere, es probable que el responsable sea un error sanitario. Se excluye a los pacientes con traumatismos, con un estado inmunológico comprometido

### **3. ULCERAS DE DECÚBITO**

#### **DEFINICIÓN**

**Casos de úlcera de decúbito por cada 1.000 altas con una estancia media mayor de 4 días.**

#### **NUMERADOR**

Altas con código CIE-9-MC 7070 en cualquier campo de diagnóstico secundario por cada 1.000 altas.

#### **DENOMINADOR**

Todas las altas médicas y quirúrgicas definidas por específicos.

Incluye solo los pacientes con una estancia de 5 o más días.

Excluye los pacientes en la CDM 9, o los pacientes con cualquier diagnóstico de hemiplejía, paraplejía o tetraplejía.

Excluye los pacientes obstétricos en la CDM 14.

Excluye los pacientes que provienen admitidos de unidades de larga estancia.

#### **RESUMEN**

Este indicador pretende identificar los casos de úlcera de decúbito en pacientes Hospitalizados. Su definición se limita a las úlceras de decúbito que aparecen como un diagnóstico secundario para distinguirlas mejor de los casos que estaban presentes en el ingreso. Además, el indicador

excluye a los pacientes que tienen una estancia de 4 días o menos, porque es improbable que una úlcera de decúbito se desarrolle en ese periodo de tiempo. Finalmente, este indicador excluye a los pacientes que son especialmente susceptibles a las úlceras de decúbito, es decir los pacientes con problemas importantes de la piel (CDM 9) y parálisis.

#### **4. FRACASO EN EL RESCATE**

##### **DEFINICIÓN**

**Muertes por cada 1.000 pacientes que han desarrollado determinadas complicaciones de la asistencia durante la Hospitalización.**

##### **NUMERADOR**

Altas por exitus por cada 1.000 pacientes en riesgo.

##### **DENOMINADOR**

Altas con posibles complicaciones de la asistencia del listado de 'fracaso en el rescate' (i.e., neumonía, TVP/EP, sepsis, fracaso renal agudo, shock/paro cardiaco, o hemorragia GI/úlcera aguda). Criterios de exclusión propios de cada diagnóstico.

Excluye pacientes de 75 o más años.

Excluye pacientes neonatales en CDM 15.

Excluye pacientes trasladados a una unidad de agudos.

Excluye pacientes trasladados desde una unidad de agudos.

Excluye pacientes ingresados desde una unidad de larga estancia.

##### **RESUMEN**

Este indicador pretende identificar los pacientes que mueren tras desarrollar una complicación. La asunción subyacente es que los buenos Hospitales identifican estas complicaciones antes y las tratan más agresivamente.

El fracaso en el rescate puede reflejar distintos aspectos de la calidad de la asistencia (efectividad en el rescate de un paciente de una complicación, versus la prevención de la complicación). El indicador incluye a los pacientes pediátricos. Es importante hacer notar que, más allá del periodo neonatal, los niños se recuperan mejor intrínsecamente del estrés fisiológico y por eso pueden tener tasas de rescate mayores.

#### **5. CUERPO EXTRAÑO OLVIDADO DURANTE UN PROCEDIMIENTO**

##### **DEFINICIÓN**

**Altas con un cuerpo extraño dejado dentro accidentalmente durante un procedimiento por cada 1.000 altas.**

##### **NUMERADOR**

Altas con código CIE-9-MC de cuerpo extraño dejado dentro durante un procedimiento en cualquier campo diagnóstico secundario por cada 1.000 altas.

##### **DENOMINADOR**

Todas la altas médicas y quirúrgicas identificadas por determinados GDRs.

##### **RESUMEN**

Este indicador pretende identificar los casos de cuerpo extraño dejado accidentalmente dentro de un paciente en una intervención. Se restringe a los casos que tienen un código diagnóstico o de procedimiento secundario.

## **6. NEUMOTORAX YATROGÉNICO**

### **DEFINICIÓN**

**Casos de neumotórax iatrogénico por cada 1.000 altas.**

### **NUMERADOR**

Altas con código CIE-9-MC 512.1 en cualquier campo diagnóstico secundario por cada 1.000 altas.

### **DENOMINADOR**

Todas las altas.

Excluye todos los pacientes con cualquier diagnóstico de traumatismo.

Excluye los pacientes con cualquier código diagnóstico que indique cirugía torácica o biopsia pulmonar o de pleura o que tenga asignado un GRD de cirugía cardiaca.

Excluye los pacientes obstétricos en la CDM 14.

### **RESUMEN**

Este indicador pretende identificar los casos de neumotórax causados por la asistencia médica. Incluye los casos de neumotórax yatrogénico que ocurren como un diagnóstico secundario durante la Hospitalización.

El neumotórax yatrogénico excluye todos los pacientes traumatológicos porque éstos son más susceptibles de sufrir un neumotórax iatrogénico no evitable o pueden estar mal codificados como neumotórax traumáticos. La menor complejidad de los niños puede aumentar la complejidad técnica de estos procedimientos en esta población (sin embargo, es menos probable que se lleven a cabo estos procedimientos en entornos sin monitorizar).

**. DETERMINADAS INFECCIONES CAUSADAS POR LA ASISTENCIA SANITARIA**

## **7. DETERMINADAS INFECCIONES CAUSADAS POR LA ASISTENCIA SANITARIA**

### **DEFINICIÓN**

**Casos de código CIE-9-MC 9993 o 99662 por cada 1.000 altas.**

### **NUMERADOR**

Altas con código CIE-9-MC 9993 o 99662 en cualquier campo diagnóstico secundario por cada 1.000 altas.

### **DENOMINADOR**

Todas las altas médicas y quirúrgicas definidas por específicos. Excluye los pacientes con cualquier código diagnóstico de inmunosupresión o de cáncer.

### **RESUMEN**

Este indicador pretende identificar los casos de infección debida a la asistencia sanitaria, fundamentalmente los relacionados con las vías y catéteres intravenosos. Incluye los casos basados en diagnósticos secundarios asociados con el mismo episodio de Hospitalización. Los pacientes con estados inmunocomprometidos (ej. SIDA, cáncer, trasplantes) se excluyen porque pueden ser más susceptibles a dichas infecciones.

El indicador incluye a niños y neonatos. Se hace notar que los neonatos de alto riesgo tienen también alto riesgo de infección relacionada con el catéter.

## **8. HEMATOMA O HEMORRAGIA POSTOPERATORIA**

### **DEFINICIÓN**

Casos de hematoma o hemorragia que requieren un procedimiento por cada 1.000 *altas quirúrgicas*.



### **NUMERADOR**

Altas con un código CIE-9-MC de hemorragia o hematoma postoperatorios en cualquier campo de diagnóstico secundario y un código de control de hemorragia postoperatoria o de drenaje de hematoma (respectivamente) en cualquier campo de procedimiento secundario por cada 1.000 altas.

El código de procedimiento de control postoperatorio de hemorragia o hematoma debe ocurrir el mismo día o después del día del procedimiento principal.

*Nota: Si el día del procedimiento no está disponible en el registro, la tasa puede ser ligeramente superior que en el caso de que estuviera disponible.*

### **DENOMINADOR**

Todas las altas quirúrgicas definidas por determinados. Excluye los pacientes obstétricos en la CDM 14.

### **RESUMEN**

El indicador pretende identificar los casos de hemorragia o hematoma que siguen a una intervención quirúrgica. Limita los códigos de hemorragia y hematoma a los códigos de procedimientos y diagnósticos secundarios, respectivamente, para aislar las hemorragias que realmente están ligadas a un procedimiento quirúrgico.

## **9. FRACTURA DE CADERA POSTOPERATORIA**

### **DEFINICIÓN**

**Casos de fractura de cadera en Hospitalización por cada 1.000 altas quirúrgicas.**

### **NUMERADOR**

Altas con un código CIE-9-MC de fractura de cadera en cualquier campo diagnóstico secundario por cada 1.000 altas.

### **DENOMINADOR**

Todas las altas quirúrgicas definidas por específicos.

Excluye los pacientes con enfermedades y desórdenes del sistema musculoesquelético y del tejido conectivo (CDM 8).

Excluye los pacientes con código diagnóstico principal de apoplejía, síncope, ictus, coma, paro cardíaco, daño por anoxia cerebral, envenenamiento, delirio u otras psicosis, y trauma.

Excluye pacientes con cualquier diagnóstico de cáncer metastásico, enfermedades linfoides malignas, cáncer de huesos o autolesiones.

Excluye pacientes obstétricos en CDM 14.

Excluye pacientes de 17 años o menos.

### **RESUMEN**

El indicador pretende identificar los casos de fracturas en Hospitalización, específicamente los de cadera.

El indicador limita los códigos diagnósticos a los secundarios para eliminar las fracturas que estaban presentes al ingreso. También excluye los pacientes en la CDM 8 (desórdenes musculoesqueléticos) y pacientes con trauma, cáncer o diagnóstico principal de apoplejía, síncope, ictus, coma, paro cardíaco o envenenamiento, así como los pacientes que tienen una fractura al ingreso.

El indicador se limita a los casos quirúrgicos ya que los análisis previos sugieren que estos códigos en pacientes médicos a menudo reflejan situaciones presentes al ingreso.

## 10. DESORDEN FISIOLÓGICO Y METABÓLICO POSTOPERATORIO

### DEFINICIÓN

**Casos de determinados desórdenes fisiológicos o metabólicos por cada 1.000 altas de cirugía programada.**

### NUMERADOR

Altas con código CIE-9-MC de desorden fisiológico y metabólico en cualquier campo diagnóstico secundario por cada 1.000 altas de cirugía programada.

Las altas con fallo renal agudo (subgrupo de desórdenes fisiológicos y metabólicos) se deben acompañar de un código de procedimiento de diálisis (3995, 5498).

### DENOMINADOR

Todas las altas definidas por el tipo de ingreso. Excluye pacientes que tengan un código de diagnóstico de cetoacidosis, hiperosmolaridad u otro coma (subgrupo de códigos de desórdenes fisiológicos y metabólicos) junto a un diagnóstico principal de diabetes.

Excluye pacientes con un código diagnóstico secundario de fallo renal agudo (subgrupo de códigos de desórdenes fisiológicos y metabólicos) junto a un diagnóstico principal de infarto agudo de miocardio, arritmia cardíaca, paro cardíaco, shock, hemorragia o hemorragia GI.

Excluye pacientes obstétricos en la CDM 14.

### RESUMEN

Este indicador pretende identificar los casos de complicaciones postoperatorias metabólicas o fisiológicas.

La población en riesgo se limita a los pacientes con cirugía programada porque los pacientes no programados pueden desarrollar desórdenes menos evitables. Además, cada diagnóstico tiene exclusiones específicas para reducir el número de casos identificados con un diagnóstico presente al ingreso o con alta probabilidad de ser poco evitable.

## 11. TROMBOLISMO PULMONAR O TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA POSTOPERATORIOS

### DEFINICIÓN

**Casos de embolismo pulmonar (EP) o trombosis venosa profunda (TVP) por cada 1.000 altas quirúrgicas.**

### NUMERADOR

Altas con código CIE-9-MC de embolismo pulmonar (EP) o trombosis venosa profunda (TVP) en cualquier campo diagnóstico secundario por cada 1.000 altas quirúrgicas.

### DENOMINADOR

Todas las altas quirúrgicas definidas por determinados. Excluye los pacientes con un diagnóstico principal de trombosis venosa profunda.

Excluye pacientes obstétricos en CDM 14.

Excluye los pacientes con un código de procedimiento secundario 38.7 cuando este procedimiento ocurre el mismo día o con fecha anterior al día del procedimiento principal.

*Nota: Si el día del procedimiento no está disponible en el registro, la tasa puede ser ligeramente inferior que si la información estuviera disponible.*

### RESUMEN

Este indicador pretende identificar los casos de trombosis venosa y embolismo postoperatorios específicamente, el embolismo pulmonar y la trombosis venosa profunda. El indicador limita los códigos de las complicaciones vasculares a los códigos de los diagnósticos secundarios para eliminar las complicaciones que ya estaban presentes al ingreso. Además, excluye a los

pacientes que tienen un diagnóstico principal de TVP, porque es probable que estos pacientes tengan ya una EP-TVP al ingreso.

## **12. FALLO RESPIRATORIO POSTOPERATORIO**

### **DEFINICIÓN**

**Casos de fallo respiratorio agudo por cada 1.000 altas quirúrgicas programadas.**

### **NUMERADOR**

Altas con código CIE-9-MC de fallo respiratorio agudo (518.81) en cualquier campo diagnóstico secundario por cada 1.000 altas (después de 1999, incluye 518.84).

### **DENOMINADOR**

Todas las altas quirúrgicas programadas definidas por el tipo de ingreso.

Excluye los pacientes con enfermedades respiratorias o circulatorias (CDM 4 y CDM 5).

Excluye los pacientes obstétricos en CDM 14.

### **RESUMEN**

Este indicador pretende identificar los casos de fallo respiratorio postoperatorio. El indicador limita el código de fallo respiratorio a los códigos de los diagnósticos secundarios para eliminar el fallo respiratorio que ya estaba presente al ingreso. Además, excluye a los pacientes que tengan enfermedades respiratorias o circulatorias graves y limita la población en riesgo a los pacientes de cirugía programada.

## **13. SEPSIS POSTOPERATORIA**

### **DEFINICIÓN**

**Casos de sepsis por cada 1.000 pacientes de cirugía programada con una estancia superior a tres días.**

### **NUMERADOR**

Altas con un código CIE-9-MC de sepsis en cualquier campo diagnóstico secundario por cada 1.000 altas de cirugía programada.

### **DENOMINADOR**

Todas las altas quirúrgicas programadas definidas por el tipo de ingreso.

Excluye los pacientes con un diagnóstico principal de infección, cualquier código de inmunosupresión o cáncer.

Incluye sólo los pacientes con cuatro días o más días de estancia. Excluye los pacientes obstétricos en CDM 14.

### **RESUMEN**

El indicador pretende monitorizar los casos de sepsis postoperatoria nosocomial. El indicador limita el código de sepsis a los códigos de los diagnósticos secundarios para eliminar la sepsis que ya estaba presente al ingreso. El indicador también excluye los pacientes que tienen un diagnóstico principal de infección, los pacientes con una estancia de menos de cuatro días y los pacientes en

## **14. DEHISCENCIA DE HERIDA POSTOPERATORIA**

### **DEFINICIÓN**

**Casos de resutura de dehiscencia de la pared abdominal postoperatoria por cada 1.000 casos de cirugía abdomino-pélvica.**

### **NUMERADOR**

Altas con código CIE-9-MC de resutura de dehiscencia de la pared abdominal postoperatoria (5461) en cualquier campo de procedimiento secundario por cada 1.000 altas determinadas.

#### **DENOMINADOR**

Todas las altas de cirugía abdomino-pélvica. Excluye los pacientes obstétricos en CDM 14.

#### **RESUMEN**

El indicador pretende identificar los casos de dehiscencia de herida en pacientes a los que se les ha practicado cirugía abdominal y pélvica. Incluye los casos basados en los diagnósticos secundarios asociados con el mismo ingreso.

### **15. PUNCIÓN / LACERACIÓN ACCIDENTAL**

#### **DEFINICIÓN**

**Casos de dificultad técnica (corte accidental o laceración durante un procedimiento) por cada 1.000 altas.**

#### **NUMERADOR**

Altas con un código CIE-9-MC que denote dificultad técnica (corte accidental, punción, perforación o laceración) en cualquier campo diagnóstico secundario por cada 1.000 altas.

#### **DENOMINADOR**

Todas las altas médicas y quirúrgicas definidas por GRDs específicos.

Excluye los pacientes obstétricos en CDM 14.

#### **RESUMEN**

Este indicador pretende monitorizar los casos de complicaciones que surgen por dificultades técnicas en la asistencia médica, específicamente aquellas que incluyen punción o laceración accidental.

### **16. REACCIÓN TRANSFUSIONAL**

#### **DEFINICIÓN**

**Casos de reacción transfusional por cada 1.000 altas.**

#### **NUMERADOR**

Altas con código CIE-9-MC de reacción transfusional en cualquier campo diagnóstico secundario por cada 1.000 altas.

#### **DENOMINADOR**

Todas las altas médicas y quirúrgicas definidas por GRDs específicos.

#### **RESUMEN**

Este indicador pretende monitorizar los casos de reacciones graves por transfusión (ABO y Rh). Incluyendo los casos basados en los diagnósticos secundarios asociados al mismo ingreso.

### **17. TRAUMATISMO EN EL NACIMIENTO - LESIONES AL NEONATO**

#### **DEFINICIÓN**

**Casos de traumatismo en el nacimiento por cada 1.000 nacidos vivos.**

#### **NUMERADOR**

Altas con un código CIE-9-MC de trauma al nacimiento en cualquier campo diagnóstico por cada 1.000 nacidos vivos.

#### **DENOMINADOR**

Todos los nacidos vivos.

Excluye los niños con hemorragia subdural o cerebral (subgrupo de códigos de trauma al nacimiento) y cualquier campo diagnóstico de pretérmino (peso al nacer de menos de 2.500 gramos y menos de 37 semanas de gestación ó 34 ó menos semanas de gestación).

Excluye los niños con lesiones del esqueleto (767.3, 767.4) y cualquier código diagnóstico de osteogénesis imperfecta (756.51).

#### **RESUMEN**

Este indicador pretende monitorizar los casos de traumatismo al nacimiento en los nacidos vivos en un Hospital. Excluye los nacidos pretérmino, ya que el traumatismo al nacimiento en estos pacientes es menos evitable que en los nacimientos a término.

### **18. TRAUMA OBSTETRÍCO EN CESAREA**

#### **DEFINICIÓN**

**Casos de traumatismo obstétrico (laceraciones de cuarto grado, otras laceraciones obstétricas) por cada 1.000 cesáreas.**

#### **NUMERADOR**

Altas con un código CIE-9-MC de trauma obstétrico en cualquier campo diagnóstico o de procedimiento por cada 1.000 cesáreas.

#### **DENOMINADOR**

Todas las altas con cesárea.

#### **RESUMEN**

Este indicador pretende monitorizar los casos de traumas evitables durante una cesárea.

### **19. TRAUMA OBSTÉRICO EN PARTO VAGINAL INSTRUMENTADO**

#### **DEFINICIÓN**

**Casos de traumatismo obstétrico (laceraciones de cuarto grado, otras laceraciones obstétricas) por cada 1.000 partos vaginales instrumentados.**

#### **NUMERADOR**

Altas con un código CIE-9-MC de trauma obstétrico en cualquier campo diagnóstico o de procedimiento por cada 1.000 partos vaginales instrumentados.

#### **DENOMINADOR**

Todas las altas con parto vaginal con cualquier código de procedimiento de parto instrumentado.

#### **RESUMEN**

Este indicador pretende monitorizar los casos de traumas potencialmente evitables durante un parto

### **20. TRAUMA OBSTÉRICO EN PARTO VAGINAL NO INSTRUMENTADO**

#### **DEFINICIÓN**

**Casos de traumatismo obstétrico (laceraciones de cuarto grado, otras laceraciones obstétricas) por cada 1.000 partos vaginales no instrumentados.**

#### **NUMERADOR**

Altas con un código CIE-9-MC de trauma obstétrico en cualquier campo diagnóstico o de procedimiento por cada 1.000 partos vaginales no instrumentados.

#### **DENOMINADOR**

Todas las altas con parto vaginal. Excluye los partos instrumentados.


#### **RESUMEN**

Este indicador pretende monitorizar los casos de traumas potencialmente evitables durante un parto vaginal no instrumentado.

ANEXO 6

Estructura del presupuesto operativo y seguimiento de las Unidades de Gestión Clínica.

PRESUPUESTO OPERATIVO DE LA UU.CC.	Año: 2.007
------------------------------------	---------------

H. SAS -Nombre del Hospital  	UU.CC. "Nombre Unidad Clínica" Código U.C. 3.70150
--	---

PRESUPUESTO POR NATURALEZA	Coste Año anterior	Objetivo Año Actual	% Inc Máx
<b>PERSONAL (Retribuciones v At. Cont.)</b>			
<b>P. Sanitario Facultativo</b>			
Plantilla			
Sustitutos			
Eventuales			
P. Vinculado			
<b>P. San. NO Facultativo</b>			
Plantilla			
Sustitutos			
Eventuales			
P. Vinculado			
<b>P. NO Sanitario</b>			
Plantilla			
Sustitutos			
Eventuales			

<b>CAPITULO 2</b>			
<b>Fungible</b>			
<b>Fármacos</b>			
<b>Consumos</b>			
<b>Cursos de Formación</b>			
<b>Mnto. Directo y Contratas</b>			
<b>Perstaciones</b>			
<b>TOTAL PRESUPUESTO POR NATURALEZA</b>			

	Nº Efectivos Año Anterior	Nº Profesionales direccionados a la UU.CC. Año Actual
P. Sanitario Facultativo		
P. Sanitario NO Facultativo		
P. NO Sanitario		

	Retribuciones medias Efectivos Año Anterior	Retribuciones medias de los Profesionales en UU.CC. Año Actual	Retribuciones medias Profesionales en A.E. Andalucía
P. Sanitario Facultativo			46.841
P. Sanitario NO Facultativo			26.237
P. NO Sanitario			21.085

Sin Atenc. Cont.

Indice (Sustitutos+eventales)/Plantilla	U.C. Año anterior	Objetivo Año Actual	Indice en A.P. Andalucía (*)
P. Sanitario Facultativo			13,1%
P. Sanitario NO Facultativo			14,3%
P. NO Sanitario			14,1%

Consumo de UNIDADES de URV	Consumo Ud. Año anterior	Objetivo Ud. Año Actual	% Inc Máx
URV's de Análisis Clínicos			
URV's de Anatomía Patológica			
URV's de Bioquímica			
URV's de Inmunología			
URV's de Genética			
URV's de Medicina Nuclear			
URV's de Microbiología			
URV's de Neurofisiología Clínica			
URV's de Hematología			
URV's de Radiodiagnóstico			
URV's de Oncología Radioterápica			



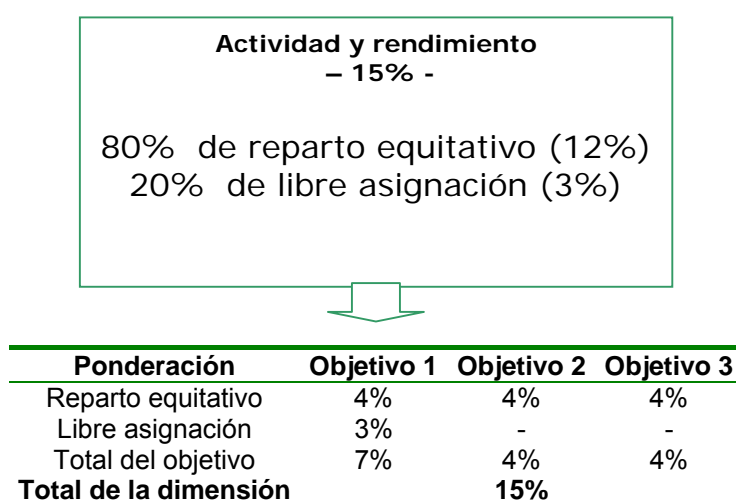
## ANEXO 7

### EVALUACIÓN

A continuación presentamos un ejemplo de la distribución de pesos entre objetivos de una misma dimensión:

A modo de ejemplo, el responsable de una unidad, de acuerdo con la Dirección de su Hospital/Área de Gestión Sanitaria, con 3 objetivos establecidos en la dimensión de actividad y rendimiento (suponiendo que le correspondiera un peso del 15%), podrá asignar un 4% a cada uno de los objetivos, por un total de 80% del peso de la dimensión. El 3% que resta podrá reasignarse al objetivo u objetivos que la unidad decida, justificando su decisión en cada caso (*figura 1*).

Figura 1. Ejemplo de asignación de pesos para la dimensión de “Actividad y rendimiento” en una UGC.



El esquema general será el siguiente:

- tenemos el **objetivo** que se marcó la unidad a principio del año y el **resultado final** obtenido
- aplicamos una **escala** (*ejemplo en figura 2*) para comprobar el % de cumplimiento del objetivo y obtener la función de valor que le corresponde. Esto haremos con cada uno de los objetivos que compongan una dimensión. En la escala, que se calcula de modo automático, deberemos introducir un límite superior y un límite inferior.
  - El **límite superior** (LS) corresponde al valor que se ha fijado la unidad para el objetivo.
  - El **límite inferior** (LI), o nivel mínimo permitido, se fijará teniendo en cuenta:
    - objetivos que marca el Contrato-Programa
    - límites establecidos en los Decretos (respuesta quirúrgica, PAIs, consultas o pruebas diagnósticas)
    - documentos estratégicos de la organización (planes integrales, normas/estándares de la Consejería de Salud, etc.).
    - si se trata de objetivos para los que no existen estándares podrá recurrirse a sociedades científicas o búsquedas bibliográficas. De cualquier modo, la unidad deberá negociar el límite inferior con la Dirección de su Hospital/Área de Gestión Sanitaria y recibir el visto bueno de la DGAS.



- valores previamente alcanzados

Figura 2. Ejemplo de escala de evaluación para ver el cumplimiento del % de intervenciones en CMA.

Limite Superior	96
Limite Inferior	64
Valor del intervalo	3,6

INTERVALOS		PUNTOS
96,0		10
92,4	- 95,9	9
88,9	- 92,3	8
85,3	- 88,8	7
81,8	- 85,2	6
78,2	- 81,7	5
74,7	- 78,1	4
71,1	- 74,6	3
67,6	- 71,0	2
64,0	- 67,5	1
63,9		0

El intervalo de la escala se calcula como  $LS-LI / 9$ , para obtener la escala dividida en 9 tramos. De este modo se construye automáticamente una escala específica para cada objetivo.

A continuación, con las funciones de valor (puntos) de cada objetivo construiremos el **índice resumen de la dimensión**.

Dentro de cada una de las dimensiones, y teniendo en cuenta que la Unidad podrá fijar más de un objetivo para cada uno de ellas, se construirá un **índice resumen** que servirá de medida global para esa dimensión y que será la que contribuirá, con el peso que le corresponda, en la escala de valoración final para el reparto de incentivos en la UGC:

<b>Nombre del Indicador</b> Índice Resumen (IR)
<b>Definición del Indicador</b> Medida resumen de los distintos objetivos/estándares o compromisos contraídos para un mismo ítem/dimensión/apartado.
<b>Definición de términos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Función de valor (FV) obtenida: Puntuación correspondiente al % o grado de cumplimiento del objetivo/estándar fijado.</li> <li>- Función de valor máxima: Puntuación máxima que puede obtenerse si el objetivo/estándar se cumple al 100% o en grado máximo. En todos los casos –salvo excepciones que se harán explícitas- corresponde a 10 puntos.</li> <li>- Peso: Ponderación asignada a cada uno de los objetivos que componen una dimensión</li> </ul>

<p><b>Fórmula:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Numerador: FV obtenida para los objetivo/estándares fijados x peso de cada uno</li> <li>- Denominador: FV máxima posible para los estándares fijados x peso de cada uno</li> </ul> $\frac{(FV \text{ obj } 1 \times \text{ peso obj } 1) + (FV \text{ obj } 2 \times \text{ peso obj } 2) + (FV \text{ obj } n \times \text{ peso obj } n)}{(FV \text{ máxima obj } 1 \times \text{ peso obj } 1) + (FV \text{ máxima obj } 2 \times \text{ peso obj } 2) + (FV \text{ máxima obj } n \times \text{ peso obj } n)}$
---

Ejemplo de Indicador

**Índice resumen de la dimensión “Actividad asistencial y rendimiento” de la Unidad .....**

Inicio del ejercicio

<p><b>Objetivos propuestos:</b></p> <p><b>Objetivo 1:</b> “La estancia media (EM) de la Unidad .... para el año.....se situará por debajo de 7,5 días”  <b>Objetivo 2:</b> “El número de intervenciones quirúrgicas en régimen de CMA se incrementará en un 4%”  <b>Objetivo 3:</b> “Las primeras consultas supondrán el 60% de la actividad de consultas de la Unidad” (la unidad decide asumir que no es aceptable p. ej. menos del 45%).</p>
---

Final del ejercicio

<p><b>Resultados obtenidos:</b></p> <p><b>Objetivo 1:</b> EM de la Unidad 6,8 días.  <b>Objetivo 2:</b> Número de intervenciones quirúrgicas en régimen de CMA incrementado en un 6%  <b>Objetivo 3:</b> Las primeras consultas supusieron el 53% de la actividad de consultas de la Unidad.</p>
--

**Si completamos la tabla propuesta para la evaluación:**

Objetivo fijado para el año	Peso asignado	Resultado obtenido	% de Cumplimiento del objetivo	Función de valor (puntos)
EM < 7,5 días	4%	6,8 días	100 %	10
Incremento CMA 4%	4%	8 %	100 %	10
primeras consultas 60%	7%	53%	53,3-54,9	5

Por tanto, el Índice Resumen (IR) de la **actividad asistencial y rendimiento de la Unidad** será:

$$\frac{(10 \times 4) + (10 \times 4) + (5 \times 7)}{(10 \times 4) + (10 \times 4) + (10 \times 7)} = 0,76$$

El 76% de cumplimiento será el que se aplique, mediante una regla de tres, en la escala final de valoración para el reparto de incentivos.



**ANEXO 8**

A continuación se detalla las categorías profesionales que pueden formar parte de la UGC

<b>Categoría</b>	<b>Incentivos que aporta a la bolsa inicial (Unidades de Gestión clínica)</b>
Jefe Servicio Facultativo (Director de la UGC)	
Coordinador de Área Salud Mental (Director de la UGC)	
Jefe Sección Facultativo (Director de la UGC)	
Coordinador de Unidad de Salud Mental (Director de la UGC)	
Psicólogo (Director de la UGC)	
Jefe Servicio Facultativo	
Coordinador de Área Salud Mental	
Jefe Sección Facultativo	
Coordinador de Unidad de Salud Mental	
Facultativo Especialista de Área (Director de la UGC)	
Enfermera Supervisora (Directora de la UGC)	
Enfermera /DUE (Directora de UGC)	
Facultativo Especialista de Área (FEA)	
Psicólogo	
Médico Familia SCCU	
Médico Gral. Hospital	
Enfermera Supervisora	
Trabajador/Asistente Social	
Matrona	
Terapeuta Ocupacional	
Fisioterapeuta	
Enfermera/ DUE	
Técnico Medio Función Administrativa	
Técnicos Especialistas	
Auxiliar de Enfermería (Función Especialista)	
Administrativo	
Auxiliar de Enfermería	
Auxiliar Administrativo	
Celador conductor	
Celador	
Médico de Familia	
Pediatra	
Odontólogo	
Enfermera de Enlace	
Telefonista	
Técnico de Laboratorio	
Técnico de salud	
Monitor ocupacional	
Celador encargado de turno	
Jefe de equipo administrativo	

La cuantía económica que aportará cada profesional a la bolsa máxima de incentivos de la Unidad de Gestión Clínica se definirá en el primer trimestre de 2007.







**FORMULARIO DE ACUERDO DE GESTIÓN CLÍNICA  
AÑO 2007**

**UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA**

**HOSPITAL / ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA**





En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2007

**REUNIDOS**

De una parte la Unidad de Gestión Clínica..... y en su nombre y representación D/Dña....., en calidad de Director/Directora de la Unidad.

De otra parte el Hospital/Área de Gestión Sanitaria .....y en su nombre y representación D/Dña....., en calidad de Director/Directora

**ACUERDAN**

Proponer el siguiente Acuerdo de Gestión para un periodo de cuatro años a la Dirección General de Asistencia Sanitaria para su valoración y autorización, si procede.

El/La Director de la Unidad

El/La Director/a del Hospital/Área de Gestión Sanitaria

Fdo.:.....

Fdo.: .....

### **Descripción de la Unidad de Gestión Clínica**

MISIÓN Y VALORES  
ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE LA UNIDAD  
RELACIÓN CON OTRAS UNIDADES Y SERVICIOS

### **Objetivos**

ACTIVIDAD Y RENDIMIENTO  
ACCESIBILIDAD  
SEGURIDAD DEL PACIENTE  
INDICADORES CLÍNICOS Y NORMAS DE CALIDAD DE LOS PAIS  
INDICADORES CLÍNICOS DE LOS DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS  
ORIENTACIÓN A LOS CIUDADANOS Y MEDIDA DE LA SATISFACCIÓN  
ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN Y CONSUMO DE FÁRMACOS  
CONTINUIDAD ASISTENCIAL  
DISMINUCIÓN DE LA VARIABILIDAD DE LA PRÁCTICA CLÍNICA Y USO ADECUADO DE FÁRMACOS Y PROCEDIMIENTOS  
GESTIÓN ECONÓMICA  
LIBRE CONFIGURACIÓN

### **Evaluación**