

PROGRAMA DE GESTIÓN CLÍNICA 2017



Unidad de Gestión Clínica de Atención Primaria
de San Esteban de Gormaz
Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria

UNIDAD DE GESTION CLINICA DE ATENCION PRIMARIA DE SAN ESTEBAN DE GORMAZ.

PROGRAMA DE GESTIÓN CLÍNICA 2017

DICIEMBRE 2016

PROGRAMA DE GESTIÓN CLÍNICA PARA LA ANUALIDAD 2017 DE LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SAN ESTEBAN DE GORMAZ

REUNIDOS

D. Enrique Delgado Ruiz, Gerente de Asistencia Sanitaria de Soria

Y D^a Ana María Cabrerizo Puente, Directora de la Unidad de Gestión Clínica de Atención Primaria de San Esteban de Gormaz de Soria.

EXPONEN

Que el *Decreto 57/2014, de 4 de diciembre, por el que se regula la constitución y funcionamiento de Unidades de Gestión Clínica del Servicio de Salud de Castilla y León* establece que las Unidades de Gestión Clínica son unidades orgánicas sin personalidad jurídica propia, dotadas de autonomía para la organización y la gestión pública de los recursos humanos, materiales, económicos que se les asignen, así como para la realización de la actividad propia de su ámbito y nivel asistencial.

Que la Orden *SAN/822/2016, de 26 de septiembre, por la que se crean Unidades de Gestión Clínica y se determina la composición de los Comités Clínicos de las Unidades de Gestión Clínica del Servicio Público de Salud de Castilla y León*, crea la Unidad de Gestión Clínica de Atención Primaria de San Esteban de Gormaz de Soria con un nivel I de autonomía de gestión y organización.

Que tras la designación de la Directora de la Unidad de Gestión Clínica, la Coordinadora de enfermería, las personas responsables de las unidades funcionales que la integran, así como de los miembros electivos de los Comités Clínicos, se ha constituido con fecha 16 de noviembre de 2016 dicho Comité Clínico, la Unidad de Gestión Clínica ha comenzado su funcionamiento según lo previsto en el artículo 3.1 de la mencionada Orden.

Que el presente Programa de Gestión Clínica, de conformidad con lo establecido en el artículo 14.1 del Decreto 57/2014, de 4 de diciembre, constituye la expresión anual de los compromisos asumidos entre la Gerencia y la Directora de la Unidad de Gestión Clínica, para un ejercicio presupuestario completo, en orden a asegurar a la población el adecuado acceso a los servicios que prestan en un marco de gestión y coordinación eficiente de los recursos.

Que la actividad y los resultados de la Unidad de Gestión Clínica serán evaluados al finalizar cada ejercicio anual y al completar el periodo de funcionamiento de cuatro años, en los términos establecidos en el artículo 19 del mencionado Decreto.

Que con fecha 30 de diciembre de 2016 se ha dictado Resolución del Director Gerente de la Gerencia Regional de Salud, autorizando la formalización del Programa Anual de Gestión Clínica, previo informe favorable de la Dirección General Asistencia Sanitaria y del Director Económico, Presupuestario y Financiero, de conformidad con lo previsto en el artículo 14.2 del Decreto 57/2014, de 4 de diciembre, por el que se regula la constitución y funcionamiento de Unidades de Gestión Clínica del Servicio de Salud de Castilla y León.

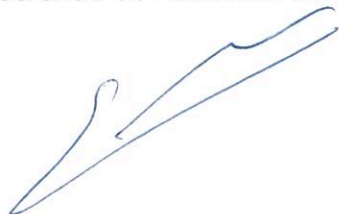
En virtud de lo anteriormente expuesto y de conformidad con lo dispuesto en el apartado 1 del artículo 14 del Decreto 57/2014, de 4 de diciembre, las partes reunidas

ACUERDAN

Suscribir el Programa de Gestión Clínica para la anualidad 2017 de la Unidad de Gestión Clínica de Atención Primaria de San Esteban de Gormaz de Soria.

Y para que conste la conformidad con todo lo expuesto, se firma el presente Programa Gestión Clínica, en Soria, a 3 de enero de 2017,

Por la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria



Fdo.: Enrique Delgado Ruiz

Por la Unidad de Gestión Clínica



Fdo.: Ana Cabrerizo Puente

PROGRAMA DE GESTIÓN CLÍNICA PARA LA ANUALIDAD 2017 DE LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SAN ESTEBAN DE GORMAZ DE SORIA

CARTERA DE SERVICIOS:

Atención a la demanda
Atención programada
Atención urgente
Atención a la familia y la comunidad
Vacunación menores de 2 años
Vacunaciones infantiles 6 años
Vacunaciones infantiles 14 años
Actividades preventivas en neonatos y lactantes
Actividades preventivas de 2 a 5 años
Actividades preventivas de 6 a 14 años
Prevención de la Caries Infantil (6 -1 4 años)
Actividades preventivas de 15 a 19 años
Atención a la mujer embarazada
Educación a grupos de madres y padres
Visita en el primer mes de postparto
Diagnóstico Precoz de Cáncer de Cérvix
Diagnóstico Precoz de Cáncer de Mama
Atención a la Mujer en el Climaterio
Cribado de violencia de género
Vacunación triple vírica
Vacunación de la Hepatitis B a Grupos de Riesgo
Actividades preventivas de 20 a 75 años
Actividades preventivas en mayores de 75 años
Vacunación antigripal - Mayores de 60 años
Vacunación antineumocócica - > 60 años
Vacunación antigripal - Menores de 60 años
Vacunación antineumocócica - < 60 años
Atención a niños y niñas con asma
Atención a las mujeres víctimas de violencia

Atención a personas con Hipertensión arterial
Atención a personas con Diabetes
Atención a personas con EPOC
Atención a Personas Obesas
Atención a personas con Dislipemia
Educación a grupos de personas diabéticas
Atención Domiciliaria a personas Inmovilizadas
Cuidados paliativos
Atención a personas bebedoras de riesgo
Atención a personas ancianas de riesgo
Atención a personas cuidadoras
Educación a grupos de personas cuidadoras
Atención a personas fumadoras
Atención a personas con demencia
Tratamientos Fisioterapéuticos Básicos
Cirugía Menor

RECURSOS HUMANOS Y TAREAS A DESEMPEÑAR POR CATEGORIAS

La plantilla actual que integra la Unidad de Gestión Clínica Atención Primaria de San Esteban de Gormaz, está compuesta por:

- Médicos de Familia.....13
- Pediatras.....1
- Enfermeras/os.....3
- Fisioterapeutas.....1

La relación nominal de profesionales adheridos a la UGC y de los integrantes del Comité Clínico figura en el Anexo I.

Los profesionales desarrollarán las tareas propias de su categoría en el ámbito de la Atención Primaria.

RECURSOS MATERIALES Y TECNOLOGICOS ASIGNADOS

La Unidad de Gestión Clínica cuenta para realizar sus funciones con:

- 1 Centro de Salud con una correcta dotación a las distintas consultas. Además cuenta con Espirómetro, Electrocardiógrafo, Ecógrafo, Retinógrafo, Coagulómetros, Tonómetros, Pulsioxímetros, MAPA, Desfibrilador, Monitor de Constantes, Ecodopler, Holter con telemedicina
 - 6 Consultas de Médico de Familia.
 - 4 Consultas de Enfermería.
 - 1 Consulta de Pediatría.
 - 1 Consulta de Unidad de Atención a la Mujer
 - 1 Despacho de Trabajador Social.
 - 1 consulta de Fisioterapia.
 - Sala de Fisioterapia dotada con Equipo de Electroterapia, Ultrasonidos, Microondas, TENS, Baño de parafina, Infrarrojos, Autopasivo, más el adecuado material para recuperación funcional en atención primaria.
 - Área de Urgencias
 - Ambulancia de SVB (se ubica en el Centro pero pertenece a la Gerencia de Emergencias Sanitarias)
- 1 Centro de Guardias, con dotación completa (Situado en Langa de Duero)
- 41 Consultorios Locales.

Handwritten signature: H. A. A.

Handwritten signature: [illegible]

PRESUPUESTO Y OBJETIVOS PRESUPUESTARIOS

El presupuesto asignado a la UGC de Atención Primaria de San Esteban de Gormaz, es el siguiente:

CAPÍTULO	PRESUPUESTO 2017
CAPÍTULO 1	2.013.761,86
CAPÍTULO 2	132.732,25
CAPÍTULO 4	802.596,51
TOTAL GASTOS DIRECTOS	2.949.090,62
TOTAL GASTOS INDIRECTOS	9.855,44
TOTAL	2.958.946,06 €

Los objetivos presupuestarios se concretan en el cumplimiento del presupuesto global asignado.

OBJETIVOS DE LA U.G.C 2017

Tipo de Objetivo	Dimensión	IAP	Indicador	Fórmula	Estándares	Fuente	Situación actual	Propuestas de mejora	Año 2017
Institucional de la GRS. IV Plan de salud. área 4. Disminuir la carga de enfermedad Asistencial y de calidad	Efectividad	IAP1	Cobertura (%) de vacunación en gripe en personas mayores de 65 años	Mayores de 65 años vacunados de gripe/Población total mayor de 65 años	Gripe >70%	REVA/Medora	A la espera de evaluación campaña 2016	Revisión coberturas por grupos y Captación activa en función de los resultados	63%
			Cobertura vacunación infantil (indicador llave)	Menores de 6 años vacunados correctamente /Población total menor de 6 años	0-6 años >95%		26/26 de 6 a		>95 % en vacunación triple vírica
				Menores de 14 años vacunados correctamente /Población total menor de 14 años	14 años >85%		30/31 de 14 a		> 85 %

Institucional de la GRS. IV Plan de salud. área 3. Promover estilos de vida saludable Asistencial y de calidad	IAP2	% recién nacidos que a los 6 meses continúan con lactancia materna exclusiva	recién nacidos que a los 6 meses continúan con lactancia materna exclusiva/ total recién nacidos	>50%	Medora		Actividades de educación sanitaria a través de matrona, pediatra y enfermera pediatría	>50%
Institucional de la GRS. IV Plan de salud. área 4. Disminuir la carga de enfermedad Asistencial y de calidad	IAP3	Tasa de participación en programa de screening de cáncer de mama	Número de pacientes que se realizan las pruebas de screening/total de pacientes en programa	>75%	PCAN	64,3%	Revisión semestral de los listados de cobertura del programa y captación telefónica con las mujeres que no acuden a la cita	>estado previo
Institucional de la GRS. IV Plan de salud. área 4. Disminuir la carga de enfermedad Asistencial y de calidad	IAP4	Tasa de participación en programa de screening de cáncer de colon	Número de pacientes que se realizan las pruebas de screening/total de pacientes en programa	>40%	Sistema de Información de cribado de cáncer colorrectal: HORUS	50,02%		>40%

Ane M R

[Handwritten signature]

Institucional de
 la GRS. Estrategia
 regional Paciente
 crónico
 IV Plan de salud.
 Área 4:
 Disminuir la
 carga de
 enfermedad
 Asistencial y de
 calidad

IAP5	% pacientes hipertensos >14 años y <65 años con buen control de su TA en el último año (TA <140/90): * Pacientes hipertensos * Con ictus o AIT previos * Enfermedad coronaria, ERC	pacientes hipertensos >14 años y <65 años con buen control de su TA en el último año/total población entre 14 y 65 años	>55%	Medora	80,68% (HTA) 71,72% (Ictus)	Revisión semestral de resultados	>55%
------	---	--	------	--------	--	----------------------------------	------

Institucional de la GRS. Estrategia regional Paciente crónico IV Plan de salud. área 4 Disminuir la carga de enfermedad Asistencial y de calidad	IAP6	% pacientes con diagnóstico de dislipemia con adecuado control de sus cifras de colesterolemia en el último año: * Pacientes con hiperlipemia con RCV bajo o moderado: CT <190 mg/dl y cLDL <115 mg/dl * Pacientes con RCV elevado: cLDL <100 mg/dl * Pacientes con RCV muy alto : cLDL <70 mg/dl	pacientes con diagnóstico de dislipemia con adecuado control de sus cifras de colesterolemia en el último año/total pacientes con diagnostico de dislipemia >20%	Medora		Registro del RCV en pacientes con dislipemia	>20%
--	-------------	--	---	--------	--	--	------

Institucional de la GRS. IV Plan de salud. área 4. Disminuir la carga de enfermedad Asistencial y de calidad

IAP7	% de pacientes >14 años en cuya HC está registrada la valoración del consumo de tabaco en los últimos cuatro años (indicador llave)	pacientes >14 años en cuya HC está registrada la valoración del consumo de tabaco en los últimos cuatro años/total pacientes mayores de 14 años en los últimos 4 años	>70%	Medora	65,54%	Registro Medora en	>año anterior
	% de fumadores, en cuya HC esta registrada el test de Fagerstrom, sobre el total de fumadores incluidos en el servicio de deshabituación tabáquica en el último año (medida indirecta del inicio del protocolo de deshabituación)	fumadores, en cuya HC esta registrada el test de Fagerstrom/ total de fumadores incluidos en el servicio de deshabituación tabáquica en el último año	>3%		5%	Utilización Guía Medora	>año anterior

Institucional de la GRS. Estrategia regional Paciente crónico Asistencial y de calidad Coordinación entre niveles	IAP8	Tasa de hospitalización de pacientes G3 por descompensación de sus patologías crónicas en las Unidades de: - Cardiología - Neumología - Nefrología - Medicina Interna	pacientes G3 hospitalizados por descompensación de sus patologías crónicas/total G3	Inferior a la media del área	CRG		Formación en: Autocuidados Signos y síntomas de alarma. Realización del Plan de cuidados	Inferior a la media del área
Institucional de la GRS. Estrategia regional Paciente crónico Asistencial y de calidad	IAP 9	Nº de contactos anuales de enfermería para valoración de síntomas y factores de riesgo de descompensaciones (telefónicos+ presenciales) en pacientes G3	contactos anuales de enfermería para valoración de síntomas y factores de riesgo de descompensaciones en pacientes G3/total G3	>12	Medora	12,94 CONTACTOS ENFERMERIA		>año anterior

Institucional de la GRS. Estrategia regional Paciente crónico Asistencial y de calidad Coordinación entre niveles	IAP10	Tasa de hospitalización de pacientes G1-G2 con diabetes mellitus por descompensaciones "agudas" de su enfermedad (hiperglucemia severa, cetoacidosis, coma hiperosmolar, hipoglucemia severa)	pacientes G1-G2 con diabetes mellitas ingresados por descompensaciones "agudas" de su enfermedad/total pacientes G1-G2	Inferior a la media del área	CRG		Revisión de la utilización de la Guía Clínica. Educación a grupos de diabéticos	Inferior a la media del área
Institucional de la GRS. Estrategia regional Paciente crónico IV Plan de salud. Área 4: Disminuir la carga de enfermedad Asistencial y de calidad		% de pacientes DM2 <65 años con buen control de su diabetes en el último año (Hba1c <7%)	pacientes DM2 <65 años con buen control de su diabetes en el último año/Total pacientes Dm2 <65 años	>45%	Medora	39,94% en población total	Cumplimiento Guías Asistenciales Seguimiento semestral	>45%
Institucional de la GRS. Estrategia regional Paciente crónico. IV Plan de salud. área 4. Disminuir la carga de enfermedad Asistencial y de calidad	IAP11	% pacientes diagnosticados de DM2 con valoración de fondo de ojo en los 2 últimos años	pacientes diagnosticados de DM2 con valoración de fondo de ojo en los 2 últimos años/total diagnosticos DM2	>70%	Medora	51,44%	Cumplimiento Guías Asistenciales Seguimiento semestral	>año anterior
		% pacientes con DM2 a los que se han revisado los pies en el último año	pacientes con DM2 a los que se han revisado los pies en el último año/ total diagnosticos DM2	>60%		43,13%	Cumplimiento Guías Asistenciales Seguimiento semestral	>año anterior

Institucional de la GRS. Estrategia regional Paciente crónico Asistencial y de calidad Coordinación entre niveles	IAP12	Tasa de hospitalización de pacientes G1-G2 >40 años con EPOC por descompensación de su patología crónica	pacientes G1-G2 >40 años con EPOC hospitalizados por descompensación de su patología crónica/total pacientes G1-G2 mayores de 40 años con EPOC	Inferior a la media del área	CRG		Seguimiento del proceso asistencial	Inferior a la media del área
	IAP13	Tasa de hospitalización de pacientes G1-G2 >18 años con Insuficiencia cardiaca congestiva por descompensación de su patología crónica	pacientes G1-G2 >18 años con ICC hospitalizados por descompensación de su patología crónica/total pacientes G1-G2 mayores de 18 años con ICC	Inferior a la media del área	CRG		Seguimiento del proceso asistencial	Inferior a la media del área
	IAP14	Tasa de primeras consultas en los ESM con diagnóstico Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación (CIE- 10 F43) X 1000 habitantes	primeras consultas en los ESM con diagnóstico Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación/total de consultas *1000	< Tasa conseguida en el año anterior	Sistema de información del Servicio de Asistencia Psiquiátrica			<Tasa conseguida en el año anterior
	IAP15	Tasa de primeras consultas en los ESM infanto-juveniles con Trastornos hipercinéticos (CIE- 10 F 90) X 1000 habitantes	primeras consultas en los ESM con diagnóstico trastornos hipercinéticos/total de consultas *1000	< Tasa conseguida en el año anterior	Sistema de información del Servicio de Asistencia Psiquiátrica			<Tasa conseguida en el año anterior

Institucional de la GRS. Asistencial y de calidad		IAP16 Cribado de violencia de género. Anamnesis dirigida en mujeres >14 años en los últimos 4 años	mujeres >14 años en los últimos 4 años con registro de despistaje de violencia de género/ sobre total de mujeres mayores de 14 años	>40%	Medora	12,3%	Revisión por parte del responsable de los resultados y proponer objetivos específicos a los profesionales	>30 %
Institucional de la GRS. Estrategia regional Paciente crónico Asistencial y de calidad Coordinación entre niveles		IAP17 % de pacientes dados de alta tras un episodio de hospitalización que han sido contactados por la enfermera de atención primaria en las primeras 48 horas (indicador llave)	pacientes dados de alta tras un episodio de hospitalización que han sido contactados por la enfermera de atención primaria en las primeras 48 horas/total de pacientes dados de alta	>85%	Medora		Realización del protocolo de seguimiento al paciente tras alta hospitalaria	>10% de 2016

Institucional de la GRS Asistencial y de calidad	IAP18	% pacientes en IT por lumbalgia y/ o radiculopatía EEII	Pacientes con IT por proceso de lumbalgia y/o radiculopatía de EEIIx100 / pacientes activos con procesos clínicos de lumbalgia y/o radiculopatía de EEII		Sagitario			
		Duración media IT en pacientes con lumbalgia y / o radiculopatía EEII	Sumatorio días IT en pacientes con lumbalgia y / o radiculopatía EEII/total pacientes en IT por lumbalgia y / o radiculopatía EEII en el año	Según documento de Tiempos Estándar de IT del INSS, 14 días en lumbalgia simple, 21 días en lumbociática	Sagitario			

Institucional de la GRS. Líneas estratégicas GRS 2015-2019. IV Plan de salud. Línea seguridad del paciente Asistencial y de calidad	Seguridad del paciente	IA19	Notificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente	Numero de declaraciones realizadas	1. Se realizan entre 10-30 notificaciones/año, se analizan más del 90% de los incidentes recibidos proponiendo mejoras, y se implantan, al menos, el 35% de estas mejoras	SISNOT	Implantación SISNOT	5
					2. Se realizan >30 notificaciones al año, se analizan más del 90% de los incidentes con daño potencial elevado recibidos (moderado, severo o muerte) proponiendo mejoras, y se implantan, al menos, el 35% de estas mejoras			90%

Institucional de la GRS. Líneas estratégicas GRS 2015-2019. IV Plan de salud. Línea seguridad del paciente Asistencial y de calidad

IAP20	% Pacientes con Alertas de Seguridad con medicamentos revisados	Pacientes con Alertas de Seguridad con medicamentos revisados/Total alertas	>90%	Concylia			>90%
	Utilización de antimicrobianos			Concylia			
	Dosis Habitante Día ajustado por edad DHD aj antibacterianos	Dosis Habitante Día ajustado por edad DHD aj antibacterianos	≤ 16	Concylia	19,65%	Difusión del informe de sensibilidad a antimicrobianos de laboratorio de microbiología de GAS	<Tasa conseguida en el año anterior
	% antibióticos seleccionados	antibióticos seleccionados/ total antibióticos	≥ 76	Concylia	77,94%		≥ 76
	% amoxicilina vs amoxi_clavulánico	Amoxicilina / amoxi+_clavulánico	≥ 51	Concylia	38,38%		≥ 51

Institucional de la GRS. Estrategia regional Paciente crónico Asistencial y de calidad Coordinación entre niveles	Orientación al usuario	IAP22	Nº medio de especialidades médicas a las que se realiza interconsulta en el hospital para la atención de pacientes G3	especialidades médicas a las que se realiza interconsulta en el hospital para la atención de pacientes G3/Total pacientes	<1,5	Medora		Nº especialidades médicas a las que se ha realizado interconsulta para la atención de pacientes G3/nº pacientes G3	<1,5 paciente G3 incluidos nuevo modelo
Institucional de la GRS. Líneas estratégicas GRS 2015-2019	Accesibilidad	IAP23	Porcentaje de citas ofrecidas por encima de 48 horas	citas ofrecidas por encima de 48 horas/total citas	<1,654	Encuesta	Encuesta	Muestra representativa por encuesta anonimizada	<2 días
Institucional de la GRS. Líneas estratégicas GRS 2015-2019 y IV Plan de Salud Asistencial y de calidad	Satisfacción del paciente (bienal)	IAP24	Satisfacción global con la atención recibida	Pacientes que realizan valoración positiva /total pacientes	>80% (evaluable 2018 / 2020)	GRS-servicio calidad sanitaria		Realización encuesta 2018 Y 2020	>80%

Institucional de la GRS. Líneas estratégicas GRS 2015-2019 y IV Plan de Salud Asistencial y de calidad	Satisfacción del paciente (bienal)	IAP25	Fidelidad: volvería o recomendaría a un amigo o familiar si pudiera elegir	Pacientes que realizan valoración positiva /total pacientes	>80% (evaluable 2018 / 2020)	GRS-servicio calidad sanitaria	Realización encuesta 2018 Y 2020	>80%
		IAP26	Satisfacción con el trato recibido (trato, amabilidad, intimidad) (médico/enfermera)	Pacientes que realizan valoración positiva /total pacientes	>80% (evaluable 2018 / 2020)	GRS-servicio calidad sanitaria	Realización encuesta 2018 Y 2020	>80%
		IAP27	Satisfacción con la competencia/confianza-seguridad que le transmiten los profesionales (médico/enfermera)	Pacientes que realizan valoración positiva /total pacientes	>80% (evaluable 2018 / 2020)	GRS-servicio calidad sanitaria	Realización encuesta 2018 Y 2020	>80%

	IAP28	Satisfacción con la información recibida sobre su problema de salud	Pacientes que realizan valoración positiva /total pacientes	>80% (evaluable 2018 / 2020)	GRS-servicio calidad sanitaria	Realización encuesta 2018 Y 2020	>80%
	IAP29	Satisfacción con la continuidad asistencial (coordinación médico de familia y especialista hospitalario)	Pacientes que realizan valoración positiva /total pacientes	>80% (evaluable 2018 / 2020)	GRS-servicio calidad sanitaria	Realización encuesta 2018 Y 2020	>80%
	IAP30	Satisfacción con el tiempo de espera para entrar en consulta	Pacientes que realizan valoración positiva /total pacientes	>80% (evaluable 2018 / 2020)	GRS-servicio calidad sanitaria	Realización encuesta 2018 Y 2020	>80%
	IAP31	Satisfacción con la atención prestada en el área administrativa	Pacientes que realizan valoración positiva /total pacientes	>80% (evaluable 2018 / 2020)	GRS-servicio calidad sanitaria	Realización encuesta 2018 Y 2020	>80%

Institucional de la GRS. Líneas estratégicas GRS 2015-2019 y IV Plan de Salud	Clima laboral (bienal-fuera de valoración)		Satisfacción global	Personas que realizan valoración positiva /total personas	Fuera de evaluación. A monitorizar 2018/2020	Cuestionario alojado en la intranet		Realización encuesta 2018 Y 2020	
			Satisfacción con la condiciones de trabajo (horario, instalaciones, entorno de trabajo, recursos disponibles..)	Personas que realizan valoración positiva /total personas	Fuera de evaluación. A monitorizar 2018/2020	Cuestionario alojado en la intranet		Realización encuesta 2018 Y 2020	
			Satisfacción con la formación y oportunidades de desarrollo profesional	Personas que realizan valoración positiva /total personas	Fuera de evaluación. A monitorizar 2018/2020	Cuestionario alojado en la intranet		Realización encuesta 2018 Y 2020	

	Satisfacción con las posibilidades de participar en la mejora de la unidad	Personas que realizan valoración positiva /total personas	Fuera de evaluación. A monitorizar 2018/2020	Cuestionario alojado en la intranet		Realización encuesta 2018 Y 2020	
	Satisfacción con la comunicación	Personas que realizan valoración positiva /total personas	Fuera de evaluación. A monitorizar 2018/2020	Cuestionario alojado en la intranet		Realización encuesta 2018 Y 2020	
	Satisfacción de la relación colaborador-mando-	Personas que realizan valoración positiva /total personas	Fuera de evaluación. A monitorizar 2018/2020	Cuestionario alojado en la intranet		Realización encuesta 2018 Y 2020	
	Satisfacción con el reconocimiento en la unidad	Personas que realizan valoración positiva /total personas	Fuera de evaluación. A monitorizar 2018/2020	Cuestionario alojado en la intranet		Realización encuesta 2018 Y 2020	

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Tipo de objetivo	Dimensión	Fórmula	Estandar	Fuente	2017	
		IE1 - % de pacientes G3 incluidos en proceso según INDICADOR L2-6.1. de PAG 2016	Total de pacientesG3 en proceso/Total pacientes G3	50 %	Medora	30 %
		IE2 – Nº de ingresos de pacientes G3 por descompensación de las patologías crónicas que les definen como G3	Nº ingresos G3 por descompensación en el año/nº ingresos G3 por descompensación en el año	< 1	CMBD	< 1
		IE3 – Realizar autoevaluación EFQM	Informe de autoevaluación	SI	UGC	SI
		IE4 – Realización Procesos organizativos : Cobertura de ausencias inesperadas, Atención de urgencias en jornada ordinaria, mantenimiento de material y equipamientos y gestión de usuarios	Procesos Realizados	4	UGC	4
		IE5 – Realización de pilotajes propuestos por GAP de nuevas tecnologías y/o procesos	Pilotajes realizados/pilotajes propuestos	100 %	GAP	100 %

		IE6 – Eficiencia en la prescripción farmacéutica a través de receta			Concylia	
		a. % de cumplimiento del presupuesto del capítulo IV en farmacia		Se definirá a cierre de año, conjuntamente con la Gerencia		
		1. Selección de IBP eficientes		≥ 84%	Concylia	≥ 84%
		2. Selección de estatinas NO eficientes		≤ 7%	Concylia	≤ 7%
		3. Selección de IECA y ARAII eficientes		≥ 60%	Concylia	≥ 60%
		4. Selección de antidepresivos eficientes		≥ 50%	Concylia	≥ 50%
		5. % Envases de Especialidades Novedosas sin mejora terapéutica		Se definirá cuando se conozca el listado de novedades 2017		
		6. % de antipsicóticos orales No eficientes		≤ 12%	Concylia	≤ 14 %
		7. % CPA con EFG		≥ 70%	Concylia	≥ 70%
		8. % de Adhesión a la guía terapéutica de Atención Primaria de Sacyl		≥ 64%	Concylia	≥ 64%
		9. Otros indicadores que se puedan incluir en el PAG 2017			Concylia	

		IE7 – Pacientes G3 incluidos en proceso, con Plan de Seguimiento en Agenda de Procedimiento	Pacientes G3 incluidos en programa, con Plan de Seguimiento en Agenda de Procedimiento/ Total Pacientes G3 incluidos en proceso,	>=50 %	Evaluación propia	>=50 %
		IE8 – Pacientes atendidos según proceso en: ➤ Lumbalgia ➤ Hipotiroidismo ➤ Insuficiencia cardiaca ➤ Fibrilación Auricular ➤ Dispepsia ➤ Los nuevos que se incorporen al área	Pacientes con estos diagnósticos atendidos según proceso/total de pacientes con estos diagnósticos	>=50 %	Medora	>=50 %
		IE9 - Oferta de cita en el día	Encuesta de satisfacción de usuarios	>=85 %	Encuesta	>=85 %
		IE10 – Contacto telefónico en las 24 horas tras alta de CMA	Pacientes de alta por CMA contactados telefónicamente/Total pacientes al alta por CMA	>= 90%	Registro específico	>= 90%

		IE11 – Referente en el Área Formación en Medora	Nº de cursos /año	≥ 1 curso/centro	Unidad de Formación	≥ 1 curso/centro
		IE12 - Referente en el Área Formación en Retinografías y Ecografías	Nº cursos impartidos/nº cursos solicitados	100 %	Unidad de Formación	100 %
		IE13 – Colaboración en formación de MIR/EIR.	Nº de rotaciones/guardias realizadas por MIR/EIR		Unidad Docente	Si
		IE14 – Realización de sesiones intraequipo	Nº de sesiones	≥ 20	Unidad de Formación	≥ 20
		IE15 – Realizar/Colaborar proyectos de investigación en: • Anticoagulación Oral. • Riesgo Cardiovascular: Dislipemias. • Dispepsias	Nº de proyectos recogidos en la Unidad de Investigación del Área.	≥ 2	Unidad de Investigación del Área	≥ 2
		IE16 – Realizar publicaciones/comunicaciones	Nº de Publicaciones/comunicaciones	≥ 3	Unidad de Investigación del Área	≥ 3

Objetivos de Calidad y seguridad

Tipo de objetivo	Estándar	Garantiza	Nivel	Sistema de autoevaluación	Sistema de evaluación externa
OBJETIVOS INSTITUCIONALES DE LA GRS: LINEAS ESTRATEGICAS GRS 2015-2019. IV PLAN DE SALUD. DERECHOS DE LOS PACIENTES	1. Define la relación de intervenciones y/o procedimientos que requieren CONSENTIMIENTO INFORMADO y utiliza los modelos de consentimiento establecidos	Cumplimiento	En todos los niveles	Check list de autoevaluación de estándares de calidad y seguridad de la GRS	Evaluación externa de acuerdo a manual de estándares de calidad y seguridad de la GRS
	2. Garantiza la INTIMIDAD de los pacientes (barreras físicas en las consultas, áreas reservadas para disponer de información confidencial)	Cumplimiento	En todos los niveles	Check list de autoevaluación de estándares de calidad y seguridad de la GRS	Evaluación externa de acuerdo a manual de estándares de calidad y seguridad de la GRS
	3. Garantiza que se pueden consultar las INSTRUCCIONES PREVIAS DEL PACIENTE (tiene acceso, claves,...)	Cumplimiento	En todos los niveles	Check list de autoevaluación de estándares de calidad y seguridad de la GRS	Evaluación externa de acuerdo a manual de estándares de calidad y seguridad de la GRS
	4. Dispone de un procedimiento para abordar " LA SUSTITUCIÓN EN LA TOMA DE DECISIONES " (familiar, tutor o representante legal) en condiciones de incapacitación o cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención sanitaria	Cumplimiento	En todos los niveles	Check list de autoevaluación de estándares de calidad y seguridad de la GRS	Evaluación externa de acuerdo a manual de estándares de calidad y seguridad de la GRS
	5. Analiza las QUEJAS, RECLAMACIONES Y SUGERENCIAS e introduce mejoras que eviten su repetición. Gestiona las reclamaciones de acuerdo a la legislación	Cumplimiento	En todos los niveles	Check list de autoevaluación de estándares de calidad y seguridad de la GRS	Evaluación externa de acuerdo a manual de estándares de calidad y seguridad de la GRS
	6. Asegura la confidencialidad y la seguridad en el acceso a la DOCUMENTACION CLÍNICA	Cumplimiento	En todos los niveles	Check list de autoevaluación de estándares de calidad y seguridad de la GRS	Evaluación externa de acuerdo a manual de estándares de calidad y seguridad de la GRS

Aue HS



[Signature]

OBJETIVOS INSTITUCIONALES DE LA GRS: LINEAS ESTRATEGICAS
GRS 2015-2019. IV PLAN DE SALUD. OBJETIVOS ASISTENCIALES Y DE

GESTION DE RIESGOS RELACIONADOS CON SEGURIDAD PACIENTE

1. IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DE PACIENTES	Cumplimiento	En todos los niveles	Check list de autoevaluación de estándares de calidad y seguridad de la GRS	Evaluación externa de acuerdo a manual de estándares de calidad y seguridad de la GRS
2. GESTIÓN DEL CARRO DE PARADAS Y DESFIBRILADOR (lugar de colocación, revisión periódica de caducidades, listado de medicamentos, materiales, equipos que debe contener,...)	Cumplimiento	En todos los niveles	Check list de autoevaluación de estándares de calidad y seguridad de la GRS	Evaluación externa de acuerdo a manual de estándares de calidad y seguridad de la GRS
3. Gestión de medicación y productos sanitarios (gestión del stock, almacenamiento fifo, revisión periódica de caducidades, mantenimiento cadena de frío, separación de envases similares, gestión de medicamentos de alto riesgo, custodia y manejo de	Cumplimiento	En todos los niveles	Check list de autoevaluación de estándares de calidad y seguridad de la GRS	Evaluación externa de acuerdo a manual de estándares de calidad y seguridad de la GRS
4. Control de la conservación de medicamentos termolábiles, fotosensibles y vacunas en las neveras	Cumplimiento	En todos los niveles	Check list de autoevaluación de estándares de calidad y seguridad de la GRS	Evaluación externa de acuerdo a manual de estándares de calidad y seguridad de la GRS
5. Adecuación y conservación de medicamentos en los botiquines de urgencias del centro de salud	Cumplimiento	En todos los niveles	Check list de autoevaluación de estándares de calidad y seguridad de la GRS	Evaluación externa de acuerdo a manual de estándares de calidad y seguridad de la GRS
6. Gestión de maletines de urgencias	Cumplimiento	En todos los niveles	Check list de autoevaluación de estándares de calidad y seguridad de la GRS	Evaluación externa de acuerdo a manual de estándares de calidad y seguridad de la GRS
7. Estrategia para el uso seguro de vacunas (registrar antes de vacunar, recordatorios, almacenamiento...)	Cumplimiento	En todos los niveles	Check list de autoevaluación de estándares de calidad y seguridad de la GRS	Evaluación externa de acuerdo a manual de estándares de calidad y seguridad de la GRS
8. Higiene de manos. Asegura la disponibilidad de productos de base alcohólica/agua + jabón en el punto de atención del paciente (PBA en envases de bolsillo	Cumplimiento	En todos los niveles	Check list de autoevaluación de estándares de calidad y seguridad de la GRS	Evaluación externa de acuerdo a manual de estándares de calidad y seguridad de la GRS
9. Procedimiento de separación limpio sucio.	Cumplimiento	En todos los niveles	Check list de autoevaluación de estándares de calidad y seguridad de la GRS	Evaluación externa de acuerdo a manual de estándares de calidad y seguridad de la GRS
10. Gestión de la limpieza y esterilización del material clínico reutilizable	Cumplimiento	En todos los niveles	Check list de autoevaluación de estándares de calidad y seguridad de la GRS	Evaluación externa de acuerdo a manual de estándares de calidad y seguridad de la GRS
11. Procedimiento de limpieza de salas, materiales y equipos.	Cumplimiento	En todos los niveles	Check list de autoevaluación de estándares de calidad y seguridad de la GRS	Evaluación externa de acuerdo a manual de estándares de calidad y seguridad de la GRS

Ane ME



	12. Procedimiento para el manejo de envases multidosis	Cumplimiento	En todos los niveles	Check list de autoevaluación de estándares de calidad y seguridad de la GRS	Evaluación externa de acuerdo a manual de estándares de calidad y seguridad de la GRS
	13. Procedimiento para asegurar el TRASLADO SEGURO de pacientes urgentes y críticos	Cumplimiento	En todos los niveles	Check list de autoevaluación de estándares de calidad y seguridad de la GRS	Evaluación externa de acuerdo a manual de estándares de calidad y seguridad de la GRS
	14. PLAN DE ACOGIDA PARA NUEVOS PROFESIONALES con advertencias sobre los principales riesgos de la	Cumplimiento	En todos los niveles	Check list de autoevaluación de estándares de calidad y seguridad de la GRS	Evaluación externa de acuerdo a manual de estándares de calidad y seguridad de la GRS
	15. Notifica incidentes, los analiza y propone mejoras que evite su repetición	Cumplimiento	En todos los niveles	Check list de autoevaluación de estándares de calidad y seguridad de la GRS	Evaluación externa de acuerdo a manual de estándares de calidad y seguridad de la GRS
	16. Define eventos centinelas y analiza sus causas cuando se producen	Cumplimiento	Nivel II y III	Check list de autoevaluación de estándares de calidad y seguridad de la GRS	Evaluación externa de acuerdo a manual de estándares de calidad y seguridad de la GRS
	17. Sistema de asunción progresiva de responsabilidades para nuevos profesionales	Cumplimiento	Nivel II y III	Check list de autoevaluación de estándares de calidad y seguridad de la GRS	Evaluación externa de acuerdo a manual de estándares de calidad y seguridad de la GRS
	18. Define el MAPA DE RIESGOS DE LA UNIDAD y propone prácticas seguras que den respuesta a esos riesgos	Cumplimiento	Nivel III	Check list de autoevaluación de estándares de calidad y seguridad de la GRS	Evaluación externa de acuerdo a manual de estándares de calidad y seguridad de la GRS
OBJETIVOS INSTITUCIONALES DE LA CPCS. LINEAS ESTRATEGICAS GESTIÓN DE PROCESOS	1. Se ha definido el MAPA DE PROCESOS de la unidad	Cumplimiento	En todos los niveles	Check list de autoevaluación de estándares de calidad y seguridad de la GRS	Evaluación externa de acuerdo a manual de estándares de calidad y seguridad de la GRS
	2. Se han definido e implantado los principales PROCESOS ORGANIZATIVOS de la unidad y se revisan y mejoran periódicamente. Cada uno recoge: • Actividades a realizar • Funciones y responsabilidades de los profesionales en cada proceso • Puntos críticos de cada proceso para asegurar buenos resultados • Indicaciones de los principales procedimientos quirúrgicos y exploraciones complementarias utilizadas en la unidad • Interacciones, relaciones con otros servicios, unidades, niveles de atención, centros de referencia y demoras acordadas según nivel de prioridad, mapa de derivaciones • Guías, vías clínicas y planes de cuidado de referencia • Indicadores	Cumplimiento	Nivel II y III	Check list de autoevaluación de estándares de calidad y seguridad de la GRS	Evaluación externa de acuerdo a manual de estándares de calidad y seguridad de la GRS

Anexo: Identificación de objetivos por categorías profesionales:

Categoría Profesional	Objetivos
Médico de Familia	Indicador AP: 3, 4, 5, 6, 7a, 7b, , 10a, 10b, 11a, 12, 13, 14, 15, 16, 18a, 18b, 19, 20, 21, 22, 23, del 24 al 31 Indicador Específico: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16 Derechos pacientes: Todos los objetivos Gestión de riesgos:, 1, 2, 3, 5, 6, 8, 9, 12, 13, 14, 15 Gestión de procesos: 1
Pediatra de Área	Indicador AP: 1b, 2, 19, 20, 21, 23, del 24 al 31 Indicador Específico: 3, 4, 5, 6a, 6.7 y 6.8, 9, 13, 14, 16 Derechos pacientes: Todos los objetivos Gestión de riesgos:, 1, 3, 8, 9, 13 Gestión de procesos:1
Enfermera	Indicador AP: 1ª, 1b, 4, 5, 7a, 7b, 8, 9, 10a, 11a, 11b, 16, 17, 19, 23, del 24 al 31 Indicador Específico: 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16 Derechos pacientes: Todos los objetivos Gestión de riesgos:, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13 Gestión de procesos:1
Fisioterapeuta	Indicador AP: 18a, 18b, 19, del 24 al 31 Indicador Específico: 3, 4, 5, 8, 14 Derechos pacientes: Todos los objetivos Gestión de riesgos:, 1, 3, 8, 9 Gestión de procesos:1

EVALUACIÓN

Los objetivos se evaluarán conforme a los criterios especificados en el apartado “Objetivos de la UGC 2017”. Monitorización periódica.

