

**ANEXO DE OBJETIVOS GENERALES DEPENDIENTES DE LA**  
**SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD**

**Resultados en Salud**

- **Salud Pública**

- ✓ **Sistema de Información en Protección de la Salud.**- Todas las actividades de Control Sanitario Oficial llevadas a cabo por el centro, en el ámbito de Protección de la Salud, deberán quedar mecanizadas en ALBEGA con los criterios previamente establecidos en dicho sistema de información.

El equipo de Dirección y Gestión de cada UPS verificará en 30 "sitios" que tanto la información censal completa como la derivada de cualquier actuación de la Unidad realizada en ese sitio, está mecanizada en ALBEGA, siguiendo los criterios establecidos en el manual de usuario de la aplicación y en el plazo previsto.

La fuente será el propio ALBEGA, y el registro de los sitios verificados se realizará en AliAm.

- ✓ **Evaluar la oferta alimentaria tipo de los comedores escolares.**- Las evaluaciones iniciales de la oferta alimentaria en los centros escolares se realizarán con los criterios establecidos en el programa en el primer trimestre del curso escolar, realizando una evaluación de seguimiento en uno de los dos trimestres siguientes, en aquellos en los que el resultado de la inicial sea deficiente.

La Coordinación de Seguridad Alimentaria y Salud Ambiental verificará en 5 evaluaciones registradas en AliAm por cada Unidad, que cumplen los criterios establecidos en el programa.

- ✓ **Vigilancia epidemiológica relacionada con el plan para la reducción de la morbimortalidad por causas específicas.**-

- **El Centro facilitará información de resultados poblacionales en la salud relacionados con los PP II y Estrategias de Salud a sus UGCs, contemplados en el cuadro de mandos:** Cada Centro (DSAP, AGS y Área hospitalaria) cumplimentará el panel con sus datos, extraídos de las diversas fuentes de información, y analizará la información; siempre que sea posible, se hará un análisis comparativo de los indicadores con los del año 2014, para ver si ha habido variaciones entre ellos. Esta información se trasladará a todas las UGCs asistenciales, donde se establecerá:

- 1ª sesión: Presentación del análisis de los datos.
- 2ª sesión: Propuestas de actuación en base a los datos analizados
- 3ª sesión: Plan de actuación de mejora de los datos para el año siguiente

A 31 de Diciembre de 2015, la Dirección Gerencia (Todos los Centros) debe enviar a esta Subdirección, un informe que contenga el Análisis realizado, el acta de las sesiones realizadas y el Plan de Actuación para el siguiente año.

- Se realizará evaluación de las medidas implantadas (basadas en las recomendaciones de PPII y siguiendo criterios del “DOCUMENTO SOBRE MEDIDAS PARA DISMINUIR LA MORTALIDAD”) hasta 2014 para la disminución de la morbimortalidad de las principales causas detectadas en los análisis epidemiológicos de años anteriores): A raíz del análisis de mortalidad de áreas pequeñas realizado en el año 2010 por los Distritos Sanitarios de Atención Primaria (DSAP) y Áreas de Gestión Sanitaria (AGS), se identificaron al menos las dos causas que más contribuían a la mortalidad prematura de las áreas de influencia de los DSAP y AGS.

En los años 2010 y 2011 comenzaron a implantarse las intervenciones para tratar de disminuir la morbimortalidad para cada causa identificada en las áreas de influencia de los DSAP y AGS. Además, en la medida que fue posible, estas intervenciones comenzaron a evaluarse. La implantación, desarrollo y evaluación de estas medidas continuó en los años 2012, 2013 y 2014.

En el año 2015 se le dará continuidad a la implementación y evaluación de estas intervenciones.

Es necesario concretar que las causas de mortalidad priorizadas que se abordan en este objetivo son similares para Atención Primaria y Atención Hospitalaria. Estas causas de mortalidad hacen referencia a “de qué” enferma y fallece la población Andalucía, y no a las causas de mortalidad dentro del Hospital.

Además es necesario hacer hincapié que este objetivo es similar para los DSAP, AGS y Hospitales. El abordaje es desde la Atención Primaria hacia el Hospital, lo que vendríamos a llamar de “fuera hacia dentro del Hospital”. Es decir, la intención es que los DSAP, las AGS y los Hospitales adopten medidas conjuntas e integradas para tratar de disminuir la mortalidad por las causas identificadas desde los DSAP y las AGS.

Cada nivel de atención (cada uno en su contexto) continuará la implantación y evaluación de las intervenciones para disminuir la morbimortalidad, garantizando la continuidad asistencial entre ellos y dando la mejor respuesta posible a las necesidades de salud de la población.

A 30 de Noviembre, la Dirección Gerencia (Todos los Centros) debe enviar a esta Subdirección, un informe que contenga:

- Una descripción de las medidas, actividades o intervenciones adoptadas en el año 2015. A continuación se citan algunos ejemplos:
  - Programas de formación en prevención del tabaquismo.
  - Creación de grupos de implantación interniveles de los Procesos Asistenciales Integrados (PAIs).
  - Seguimiento y mejora del cumplimiento de las medidas establecidas en los Planes Integrales y los Procesos Asistenciales Integrados.
  - Formación de grupos de mejora interniveles de los PAIs.
  - Implantación progresiva del consejo dietético en la consulta en las Unidades de Gestión Clínicas (UGCs).
  - Programas de intervención en accidentes de tráfico.
- La evaluación de las medidas, actividades o intervenciones adoptadas. La evaluación será lo realizado el año anterior al del Contrato

Programa en curso. Es decir en el año 2015, la evaluación será la del año 2014. Se citan algunos ejemplos:

- Porcentaje de profesionales de las UGCs formados en talleres de intervención básica en tabaquismo.
- Grado de cumplimentación de las normas de calidad de los PAIs.
- Grado de consecución de parámetros analíticos alcanzado: glucosa, perfil lipídico con Triglicéridos, HDL y LDL...
- Cambios en los estilos de vida (actividad física, y alimentación equilibrada).

✓ **Garantizar el asesoramiento y apoyo a las entidades locales para que elaboren sus propios planes locales de salud. Acción Local en salud (ALS).**- Los profesionales de epidemiología del distrito/AGS, de forma coordinada con la Delegación Territorial, elaborarán el correspondiente informe de salud local, al inicio del proceso y firmarán un acuerdo de colaboración para la puesta en marcha de su plan local de salud. La Delegación Territorial emitirá un informe de Evaluación de la coordinación con el Distrito/Área de Gestión, para el desarrollo de la acción local en salud, en los municipios de su ámbito.

✓ **Promover en el alumnado estilos de vida saludables, con la implicación de los centros educativos.**- Los indicadores de este objetivo se obtienen del Registro específico del Programa, por lo que es imprescindible que se cumplimente en tiempo y forma.

✓ **Salud Sexual y Reproductiva.**- El Centro remitirá a 31 de Diciembre informe donde certifique la realización de al menos un curso de formación básica. (acreditación, fecha de realización, docentes, participantes desagregados por sexo y categoría profesional, contenido y evaluación).

✓ **Protocolo de Intervención Sanitaria ante la Violencia de Género.**- Se deberá registrar en DIRAYA los partes al Juzgado emitidos por Violencia de Género cumplimentando adecuadamente cada uno de los ítems para así poder evaluar el tipo de maltrato, edad, sexo y las circunstancias de la persona maltratada. Este indicador se medirá de forma centralizada. Aquellos centros sin implantación de Diraya deberán remitir un informe a 31 de Diciembre donde conste el nº partes al Juzgado emitidos por:

- Violencia de Género
- Por edad
- Por tipo de violencia

Todos los demás indicadores de formación (Red FORMMA) se obtienen del sistema de evaluación docente y que incluyen acreditación, fecha de realización, docentes, participantes desagregados por sexo y categoría profesional, contenido y evaluación.

**Intervención Sanitaria ante el Maltrato Infantil.**- Los centros sanitarios aplicarán el Protocolo de Intervención Sanitaria en casos de maltrato infantil y emitirán a 31 de Diciembre un informe que contenga las actuaciones desarrolladas para la implantación del **Protocolo de Intervención Sanitaria en casos de Maltrato Infantil** –incluidas las sesiones de sensibilización o formación-.

Se deberá registrar en DIRAYA partes al Juzgado emitidos por maltrato infantil, cumplimentando adecuadamente cada uno de los ítems para así poder evaluar el tipo de maltrato, la edad, sexo y las circunstancias de la persona maltratada. Aquellos centros sin implantación de Diraya deberán remitir un informe a 31 de Diciembre donde conste el nº partes al Juzgado emitidos por maltrato infantil.

- ✓ **Plan de Atención Perinatal.**- Todos los indicadores se obtienen de Sistemas de Explotación centralizados (CMBD y MTBnet)
- ✓ **Programa de Salud Infantil de Andalucía (PSI-A). Mejorar y vigilar el desarrollo biopsicosocial de los niños, niñas y adolescentes a través de las actividades de seguimiento de la salud infantil y adolescente.**- Los centros sanitarios implantarán el Programa y desarrollarán las acciones adecuadas para la realización de las actividades recogidas en el PSI-A, emitiendo un informe a 31 de Diciembre de 2015 que especifique todo lo realizado (sesiones informativas, formación,...)
- ✓ **Facilitar la accesibilidad y la atención sanitaria en niños y niñas con necesidad de Atención Temprana y sus familias.**- Los centros sanitarios establecerán las acciones adecuadas para la implantación del Proceso Asistencial Integrado Atención Temprana, así como los subprocesos que lo componen y emitirán a 31 de Diciembre un informe que contenga el desarrollo de la Implantación del Proceso y el Número de menores de 6 años incluidos en los Procesos de Atención Temprana.
- ✓ **Detección Precoz de Hipoacusia.**- El indicador se obtiene de Sistemas de Explotación centralizados (Registro específico del Programa de Hipoacusia, RUPyNA y DAH) por lo que es imprescindible que se cumplimenten en tiempo y forma.
- ✓ **Zonas Necesitadas de Transformación Social.**- A 31 de Diciembre de 2013, la Dirección Gerencia (Distritos y Áreas con UGCs que atiendan ZNTS) deben tener mecanizados en la plataforma [www.znts.es](http://www.znts.es) el plan de intervención y el de evaluación de cada zona con necesidades de transformación social de su competencia y deberán remitir a esta Subdirección, un informe con los resultados de la evaluación realizada en 2015.
- ✓ **Fomentar los activos en salud, mejorando la capacitación en habilidades y capacidades de las personas para mejorar su salud y bienestar.**- El indicador se obtiene de SIGAP, por lo que es imprescindible que se cumplimente en tiempo y forma.
- ✓ **Plan de Vacunación de Andalucía.**- Los indicadores de los objetivos de Vacunación completa, triple vírica, vacunación antigripal a > 65 años, existencia de casos autóctonos de sarampión y rubeola y notificación semanal de médicos centinelas, se obtienen de Sistemas de Explotación centralizados (Diábaco, Metabolopatías, SVEA) por lo que es imprescindible que se cumplimenten en tiempo y forma. El objetivo de vacunación antigripal a personal sanitario debe registrarse en SIGAP.  
El Centro utilizará la información epidemiológica actualizada sobre las enfermedades vacunables de forma periódica para el seguimiento de la estrategia de vacunas y de riesgo, así como ante cualquier alerta para su

detección y control precoz y elaborará un informe al final de año de la información obtenida, estrategias de utilización, detección y control de brotes de las enfermedades vacunables.

- ✓ **Vigilancia, prevención y control de la tuberculosis, de enfermedades emergentes y reemergentes.**- Los indicadores se obtienen de la red de Alertas.
- ✓ **Vigilancia, prevención y control de nuevas infecciones por VIH y coinfecciones asociadas.**- El indicador se obtiene de la aplicación Siviha.
- ✓ **Vigilancia del cáncer en el Registro de Cáncer de Andalucía.**- El indicador se obtiene del Registro de Cáncer de Andalucía y del CMBD.
- ✓ **Investigación y control de alertas epidemiológicas y brotes epidémicos, de cualquier etiología, en el ámbito comunitario, nosocomial y ocupacional.**- Los indicadores se obtienen de la Red de Alerta (RedAlerta) y del SVEA. El indicador "Garantizar la calidad en la investigación y el control de brotes nosocomiales por microorganismos multirresistentes", tiene como criterios de calidad:
  - Demora de notificación inferior a 48 horas
  - Fecha de constitución del grupo de mejora no superior a dos días tras la notificación de la alerta
  - Informe preliminar de actuaciones y medidas de control iniciales. No más tarde de dos días después de la notificación
  - Registro del agente causal, características y tipo de resistencias
  - Actualización de informe de seguimiento e investigación del brote
  - Informe final según las recomendaciones metodológicas del documento: "Alertas de Salud Pública por IRAS"
- ✓ **Enfermedad Profesional.**- El indicador se obtiene de Sistema de Explotación centralizado (Registro de notificación de sospecha de EP: SESL)

- **Garantía de Resultados en Salud**

- ✓ **Resultados clínicos/salud en los AGC.**- El Indicador se mide a través de SIAGC
- ✓ **Indicadores de Calidad Preventivos.**-
  - El Centro informará sobre las actuaciones de mejora implantadas hasta el año 2014 entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria derivadas del análisis realizado para el Acuerdo de Gestión y Resultados (CP) 2014 de los Indicadores de Calidad Preventivos (PQI) para disminuirlos y propondrá nuevas actuaciones: Las actuaciones de mejora comenzaron a implantarse en el año 2013. Por ello a 30 de Noviembre, la Dirección Gerencia (Todos los Centros) debe enviar a esta Subdirección, un informe que contenga :
    - Las actuaciones a las que se les ha dado continuidad a lo largo del año y que comenzaron a implementarse en los años previos.
    - Las nuevas actuaciones que adoptarán en el año 2015, una vez analizados los PQIs del año 2013.

- Los centros a través de sus UGCs analizarán las hospitalizaciones potencialmente prevenibles, especialmente en cuidados ambulatorios por las siguientes causas:
  - Insuficiencia cardiaca congestiva (402.01, 402.11, 402.91, 428.0, 428.1).
  - Complicaciones agudas de la DM (251.0, 250.1, 250.2, 250.3, 250.7 con 785.4)  
A 31 de Diciembre de 2015, la Dirección Gerencia (Todos los Centros) debe enviar a esta Subdirección, un informe de cada una de sus UGCs (UGC de Atención Primaria (AP) y UGCs de Hospitales a las que compete el PQI: Medicina Interna, Cardiología, Neumología, Endocrinología, Cuidados Críticos y Urgencias, etc.). Los informes incluirán:
    - El análisis de los casos individuales que generan la desviación.
    - El estudio de los factores que explican las causas de la desviación.
    - La propuesta de intervenciones correctoras sobre los factores y personas para obtener mejoras en el resultado.
  
- Los centros a través de sus UGCs analizarán la Mortalidad sanitariamente evitable por Enfermedad cerebrovascular / ictus  
A 31 de Diciembre de 2015, la Dirección Gerencia (Todos los Centros) debe enviar a esta Subdirección, un informe de cada una de sus UGCs (UGC de Atención Primaria (AP) y UGCs de Hospitales con hospitalización de esta patología. Los informes incluirán:
  - El análisis de los casos individuales de exitus.
  - El estudio de los factores que explican las causas.
  - La propuesta de intervenciones correctoras sobre los factores y personas para disminuir la mortalidad.
  
- ✓ **Indicadores de Calidad de pacientes Ingresados.**- Los centros a través de sus UGCs analizarán la Mortalidad sanitariamente evitable por Enfermedad cerebrovascular / ictus  
A 31 de Diciembre de 2015, la Dirección Gerencia (Todos los Centros) debe enviar a esta Subdirección, un informe de cada una de sus UGCs (de Atención Primaria y UGCs de Hospitales con hospitalización de esta patología). Los informes incluirán:
  - El análisis de los casos individuales de exitus.
  - El estudio de los factores que explican las causas.
  - La propuesta de intervenciones correctoras sobre los factores y personas para disminuir la mortalidad.

El Centro emitirá un informe a 31 de Octubre, sobre las actuaciones de mejora implantadas durante el año 2015 derivadas del análisis en Comisión (de Seguridad, Mortalidad, Calidad,..), contando con la participación de las UGCs correspondientes, de las situaciones clínicas contempladas en los indicadores de calidad seleccionados: (IQI 14) mortalidad en la sustitución de cadera, (IQI32) mortalidad en el infarto agudo de miocardio sin traslado, (IQI16) mortalidad en la insuficiencia cardiaca congestiva, (IQI17) mortalidad en el accidente cerebrovascular agudo, (IQI19) mortalidad en la fractura de cadera y (IQI20) mortalidad en la neumonía.

Además, se revisarán en los informes anuales que elabora el Servicio de Producto Sanitario del SAS, los valores de los 32 indicadores IQI (28 de ámbito

hospitalario y 4 en el área) y se estudiarán y abordarán especialmente aquellos indicadores y temas donde se observan razones estandarizadas con tasas significativamente elevadas o tendencia interanual ascendente.

- ✓ **Disminución de la tasa de readmisión a los 30 días por cualquier causa.**- Este indicador se medirá a través del CMBD
- ✓ **Estrategia de Cuidados.**- La Estrategia de Cuidados de Andalucía ha elaborado indicadores de resultados en salud y seguridad del paciente tanto para el ámbito de Atención Hospitalaria como en Atención Primaria, focalizados fundamentalmente en pacientes con EPOC, Insuficiencia Cardíaca, Diabetes e Inmovilizados y personas cuidadoras.  
El registro de actividad se hace en la Historia de Salud en AP y en la Estación de Cuidados en AH. La explotación de datos se podrá realizar a través de listados, información de Historia de Salud, de la réplica de Estación de Cuidados y mediante explotación centralizada en los casos en los que no sea posible por las vías anteriores.  
La notificación del informe de continuidad desde el hospital se deberá hacer clicando el check de derivación a AP al realizar el informe de alta hospitalaria.  
Se adjunta el nuevo modelo para el registro de HERIDAS (UPP, heridas vasculares, quirúrgicas, etc.) y su inclusión en Programas de Salud (Anexo 4)

- **Resultados en Provisión de Servicios de Salud**

- **Paciente y Ciudadanía**

- ✓ **Plan de Actuación en el Área de Participación Ciudadana.**- Estos indicadores se evaluarán según se especifica en el anexo correspondiente (Anexo 1).
- ✓ **Acompañamiento de personas vulnerables y de menores.**- A 31 de Diciembre de 2015, la Dirección Gerencia (Hospitales y Áreas) debe enviar a esta Subdirección, un informe sobre las Reclamaciones recibidas por no permitir el acompañamiento de las personas especialmente vulnerables (pacientes en situación terminal, menores, grandes discapacitados, en situación de agitación o trastornos de la percepción sensorial) durante su estancia en los Servicios de Urgencias o Pruebas Diagnósticas o el acompañamiento continuo del recién nacido por su madre (o familiar que la sustituya).  
A 31 de Diciembre de 2015, la Dirección Gerencia (Hospitales y Áreas) debe enviar a esta Subdirección, un informe que contenga si la Unidad de Cuidados Intensivos está abierta con planes de acompañamiento continuado, en la fase de los últimos días, especificando adultos y menores (0 a 14 años)  
A 31 de Diciembre de 2015, la Dirección Gerencia (Hospitales y Áreas) debe enviar a esta Subdirección, un informe sobre las Reclamaciones recibidas por no permitir el acompañamiento continuo del recién nacido en particular y cualquier menor hospitalizado en general, por su madre (o familiar que la sustituya) así como la visita sin restricciones del padre (o persona que lo sustituya) en cualquier situación de estancia hospitalaria de los menores.
- ✓ **Habitaciones Individuales.**- A 31 de Diciembre de 2015, la Dirección Gerencia (Hospitales y Áreas) debe enviar a esta Subdirección, un informe certificando las actuaciones realizadas para la hospitalización en habitaciones individuales a los pacientes que los necesiten (pacientes en fase terminal, paliativos, niños,

áreas maternas y aislamiento infecciosos) según el Protocolo elaborado en 2011, que incluya nº de reclamaciones recibidas por este motivo.

- ✓ **Plan de Cuidadoras.**- A 31 de Diciembre de 2015, la Dirección Gerencia (Hospitales y Áreas) debe enviar a esta Subdirección, un informe con la Evaluación de las actividades contempladas en el Plan de Cuidadoras implantadas en el Hospital a lo largo del año.  
Los demás indicadores se obtienen de Sistemas de Explotación centralizados (Diraya) por lo que es imprescindible que se cumplimenten en tiempo y forma.
- ✓ **Plan asistencial a personas con discapacidad.**- A 31 de Diciembre de 2015, la Dirección Gerencia (Distritos, Hospitales y Áreas) debe enviar a esta Subdirección, un informe que contemple las actuaciones, dentro de sus posibilidades, para mejorar la accesibilidad universal y la asistencia sanitaria a personas con discapacidad (Anexo 2).  
A 31 de Diciembre de 2015, la Dirección Gerencia (Distritos y Áreas) debe enviar a esta Subdirección, un informe que contenga los protocolos de derivación a consultas ginecoobstétricas específicas y adaptadas a mujeres con discapacidad por movilidad reducida (captación).

- **Actividad Asistencial**

- ✓ Todos los indicadores se obtienen de Sistemas de Explotación centralizados (MTI-citas, SIGAP, CMBD, Telecontinuidad de Cuidados) por lo que es imprescindible que se cumplimenten en tiempo y forma.  
Se adjunta anexo para los indicadores de CMA (Anexo 3)

- **Gestión Clínica**

- ✓ **Acuerdos Interniveles de Objetivos Compartidos de las UGCs.**- A 31 de Marzo de 2015, la Dirección Gerencia (Todos los Centros) debe enviar a esta Subdirección los Acuerdos Interniveles que contengan todos los Documentos de Objetivos que hayan firmado las Direcciones de sus UGCs con las Direcciones de las UGCs del otro nivel asistencial. Donde se especifique de qué UGCs se tratan, a qué centro pertenecen, nombre de los/las Directores/as, fecha y firma de ambos y Objetivos pactados (Definición, Fórmula, Fuente,... Según tabla anexa).

UGC AP/AH	Centro al que pertenece	UGC AH/AP	Centro al que pertenece	Objetivo	Indicador (fórmula)	V. Óptimo	V. Mínimo	Fuente

En este documento, se deben incluir obligatoriamente, todos los objetivos contemplados en el Anexo IV de los AGC.

Las Direcciones Gerencias de los Centros serán las encargadas de facilitar y tutelar la realización de este documento, a instancias de las UGCs.

- ✓ **Implantación de las recomendaciones "dejar de hacer" en los AGC de las UGCs.**- Este indicador se medirá a partir de la aplicación SIAGC
- ✓ **Mejorar el sistema de gobierno clínico de sus Unidades de Gestión Clínica (Gobernanza).**- A 31 de Diciembre de 2015, la Dirección Gerencia (Distritos, Hospitales y Áreas) debe enviar a esta Subdirección, un informe que contenga el Análisis Previo del sistema de gobierno de todas sus UGCs (situación a principio de año) y Evaluación posterior de las mejoras implantadas (situación a final de año).

### **Resultados en el ámbito del conocimiento**

- **Sistemas de Información**

- ✓ **Mantener actualizada la Base de Datos de Usuarios.**- Todos los indicadores se obtienen de Sistemas de Explotación centralizados (MTI-BDU, BDU) por lo que es imprescindible que se cumplimenten en tiempo y forma.
- ✓ **Registro Único de Partos y Nacimientos de Andalucía.**- Todos los indicadores se obtienen de Sistemas de Explotación centralizados (RUPyNA, DAH, MTBnet) por lo que es imprescindible que se cumplimenten en tiempo y forma.

- **Imagen y Comunicación**

- ✓ **Imagen.**- A 31 de Diciembre de 2015, la Dirección Gerencia (Todos los Centros) debe enviar a esta Subdirección, un informe donde se especifiquen las actuaciones desarrolladas en el año, encaminadas a mejorar la imagen de al menos, tres áreas determinadas del Centro.

## ANEXO 1.- OBJETIVOS DEL AREA DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA 2015

Los objetivos de participación se realizarán de conformidad con el plan de actuación en el área de participación ciudadana:

### 1. Comisión de Participación Ciudadana de centro

- La Comisión de Participación Ciudadana se establecerá a nivel de centro (Distrito, Hospital, Área de Gestión Sanitaria, CSPA y de centros de las APES)
- Papel estratégico, de diseño de líneas y métodos para que la participación de la ciudadanía sea efectiva y real.
- Función: Diseño, validación, seguimiento y evaluación del Plan de Participación Ciudadana del centro y de las acciones llevadas a cabo por las UGC en el ámbito de la participación ciudadana.
- Composición:

Del sistema sanitario	Ciudadanía
Dirección Gerencia del centro. Dirección asistencial del centro. Responsables de la participación ciudadana del centro. Otros expertos del centro que considere la Dirección Gerencia. Profesionales referentes de la Escuela de Pacientes.	Expertos en participación ciudadana pertenecientes a organizaciones de consumidores (UCE, Facua, Amas de casa Al-Ándalus), asociaciones de pacientes, asociaciones de vecinos y de consejos de distritos, técnicos de ayuntamientos que lleven la participación ciudadana, expertos de ONG, pacientes expertos, voluntarios expertos en participación, expertos en participación de los medios de comunicación, etc.  Pacientes expertos de la Escuela de Pacientes

- Número de reuniones: Se establece un mínimo de dos reuniones al año, una por semestre.
- El centro directivo, podrá crear comisiones intersectoriales dependientes de la comisión de centro de aspectos relacionados con la ciudadanía.
- Remisión de acta de cada reunión. A 31 de enero, acta de constitución y a 31 de diciembre, acta de la reunión del segundo semestre.

### 2. Elaboración del Plan de Participación Ciudadana de centro

Para la elaboración del plan se utilizará como base la guía metodológica de elaboración de los planes de participación ciudadana de Hospitales, Distritos y Áreas Sanitarias, que será actualizada de acuerdo a las nuevas directrices y estará disponible en:

[http://www.sas.junta-andalucia.es/principal/documentosacc.asp?pagina=gc\\_GCParticipacionCiudadana](http://www.sas.junta-andalucia.es/principal/documentosacc.asp?pagina=gc_GCParticipacionCiudadana)

### **3. Evaluación del Plan de Participación Ciudadana**

La evaluación del Plan de Participación Ciudadana de 2015 se realizará durante el primer trimestre del año 2016. Por ello se incluirá como objetivo de contrato programa de 2016, a 31 de marzo.

### **4. Incorporar al menos una buena práctica en participación ciudadana**

Cada centro remitirá de forma anual, al menos, una buena práctica de participación ciudadana realizada en el ámbito de centro (Distrito, Hospital, Área de Gestión Sanitaria, CSPA y de centros de las APES) o en las UGC, en base a los siguientes criterios: innovación, transferibilidad, implicación de la ciudadanía, factibilidad, impacto positivo en salud y sistemas de evaluación.

Se facilitará formulario desde los servicios de apoyo. Fecha de remisión: 30 de junio de 2015. La buena práctica habrá sido implementada en el período comprendido de 01/01/14 a 30/06/15.

### **5. Evaluación de los servicios asistenciales (cuestionarios)**

A 31 de diciembre, cada centro directivo enviará informe con la siguiente información por cada UGC que tengan estos objetivos en los acuerdos de gestión clínica:

- Nombre de las UGC y tipo de cuestionario utilizado
- Análisis de las respuestas (tamaño de la muestra, respuestas recibidas,...) y de los resultados obtenidos en cada UGC.
- Si son cuestionarios del tipo pre-post, se analizarán aquellos, que por cuestión de tiempo, se hayan realizado dentro del año.

### **6. Desarrollo de la presencia digital a través de dos canales: WEB/blog y redes sociales**

Para el despliegue de este objetivo, se sugiere seguir las recomendaciones de la Guía de Usos y Estilo en las Redes Sociales del SSPA. Disponible en el siguiente enlace:

<http://www.redsaludandalucia.es/participa/guia-de-usos-y-estilo-en-las-redes-sociales-del-sspa>

Para una implantación progresiva, para este año 2015 se ha establecido para el cumplimiento del objetivo, el mínimo de un único canal. A partir de 2016, la consecución del objetivo, estará vinculada a la presencia digital en los dos canales descritos: WEB/blog y redes sociales.

### **7. Reuniones con asociaciones de pacientes**

Para su evaluación se enviarán las actas de las reuniones donde se haga constar al menos:

- Asistentes a la reunión.
- Temas tratados.
- Acuerdos adoptados.
- Seguimiento de las actividades desarrolladas a partir de las acciones propuestas.

## **8. Espacios compartidos de participación**

Bajo este epígrafe situamos espacios de encuentro y participación con otros actores y procesos participativos, bien liderados por la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales y el Sistema Sanitario Público de Andalucía o bien por entidades locales, de Ayuntamientos, distrito municipal, etc. para la búsqueda de sinergias y acciones comunes de participación: grupo motor del RELAS, proyecto Al Lado, procesos participativos de los planes integrales y estrategias de salud, mesas de participación comunitaria, reunión con movimientos sociales, etc.

Para su evaluación se enviarán las actas de las reuniones y/o informe de centro, dónde se haga constar al menos:

- Espacio/foro/estrategia/mesa en el que se participa.
- Asistentes a la reunión.
- Temas tratados.
- Acuerdos adoptados.

## **9. Participación: Apoyo ciudadano a la actividad del centro**

Para su evaluación se enviará copia de los convenios en vigor por cada centro directivo. Para la suscripción de **nuevos convenios** se atenderá a las instrucciones de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud, contenidas en el Plan de Actuación en el Área de Participación Ciudadana (anexo I). En caso de que el centro no tenga suscrito convenio alguno, se remitirá informe de tal circunstancia.

## **10. Análisis y disminución de las reclamaciones del centro**

Se realizará un análisis de los motivos de las reclamaciones del centro de 2014, identificando las reclamaciones que nos indiquen un mal funcionamiento sistemático de algunas de las áreas asistenciales o no asistenciales. En base al citado análisis se elaborará un plan de mejora del problema identificado a través de las reclamaciones y otras fuentes de información.

Este plan de mejora formará parte del plan de participación, en el apartado “mejora de la satisfacción ciudadana”, siendo la fecha de cumplimiento de este objetivo, como ya se ha comentado anteriormente, el 31 de marzo de 2015.

Despliegue objetivos Plan de Actuación Participación Ciudadana 2015-2016

<b>Objetivos</b>	<b>CP 2015</b>	<b>CP 2016</b>
1. Comisión de participación ciudadana de centro	31-ene: acta de constitución 31-dic: acta 2ª reunión	31 marzo: acta 1º reunión 31 dic: acta 2ª reunión
2. Elaboración Plan de Participación Ciudadana	31-mar: Remisión del plan (ver y relacionar objetivo 9)	31-mar: Remisión del plan (ver y relacionar objetivo 9)
3. Evaluación del Plan de Participación		31-mar: Remisión de la evaluación del plan de participación 2015 (ver y relacionar objetivo 9)
4. Incorporar al menos una buena práctica	30-jun: remisión de una buena práctica a través del formulario a facilitar por servicios de apoyo	30-jun: remisión de una buena práctica a través del formulario a facilitar por servicios de apoyo
5. Evaluación de los servicios asistenciales (cuestionarios)	31-dic: informe de centro: - Nombre de las UGC y tipo de cuestionario utilizado - Análisis de resultados por UGCs.	31-dic: informe de centro: - Nombre de las UGC y tipo de cuestionario utilizado - Análisis de resultados por UGCs. - Medidas de mejora propuestas por cada UGC en función de las puntuaciones obtenidas
6. Desarrollo de la presencia digital a través de dos canales	31-dic: Informe sobre presencia digital (y enlaces activos) de la presencia digital al menos en <u>un canal</u>	31-dic: Informe sobre presencia digital (y enlaces activos) de la presencia digital en los <u>dos canales</u>
7. Reuniones con asociaciones de pacientes	31-dic: Remisión de actas	31-dic: Remisión de actas
8. Espacios compartidos de	31-dic: Remisión de actas y/o	31-dic: Remisión de actas y/o

participación	informe	informe
9. Apoyo ciudadano a las actividades del centro	31-dic: Convenios de colaboración firmados o informe de centro de no tener suscrito convenio	31-dic: Convenios de colaboración firmados o informe de centro de no tener suscrito convenio
10. Análisis y disminución de las reclamaciones del centro	31-mar: Remisión del plan de mejora (incluido en el plan de participación) respecto a las reclamaciones de 2014.  (ver y relacionar objetivo 2)	31-mar: Remisión de la evaluación del plan de mejora de 2015 (incluida en la evaluación del plan de participación 2015)  (ver y relacionar objetivo 2)  31-mar: Remisión del plan de mejora (incluido en el plan de participación) respecto a las reclamaciones de 2015  (ver y relacionar objetivo 3)

Cronograma fechas de envío a SEGERS información para cumplimiento de cada objetivo del Plan de Actuación en el Área de Participación Ciudadana												
2015	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
1. Comisión de participación ciudadana de centro												
2. Elaboración Plan de Participación Ciudadana												
4. Incorporar al menos una buena práctica												
5. Evaluación de los servicios asistenciales (cuestionarios)												
6. Desarrollo de la presencia digital a través de dos canales												
7. Reuniones con asociaciones de pacientes												
8. Espacios compartidos de participación												
9. Apoyo ciudadano a las actividades del centro												
10. Análisis y disminución de las reclamaciones del centro												

## ANEXO 2.- ORIENTACIONES PARA LA ELABORACIÓN DEL PLAN ASISTENCIAL A PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN LOS CENTROS ASISTENCIALES

### (ACTUACIONES REALIZADAS DIRIGIDAS A LA MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD UNIVERSAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN SALUD)

1. *Adaptaciones realizadas en los centros sanitarios para adaptarse al Decreto 293/2009, de 7 de julio, por el que se aprueba el reglamento que regula las normas para la accesibilidad en las infraestructuras, el urbanismo, la edificación y el transporte en Andalucía ( espacios exteriores, interiores, espacios reservados, dependencias que requieran intimidad, equipamientos y mobiliario accesibles...)*
  - Tipo de adaptación:
  - Presupuesto:
  - Porcentaje de ejecución (si la acción no se ha realizado en su totalidad): hasta 25%
    - de 26 al 50%- del 51% al 75- del 75% al 100%.
  
2. *Mejoras en señalización que garantice la accesibilidad de personas con discapacidad*
  - Tipo de mejora en señalización:
  - Presupuesto:
  - Porcentaje de ejecución (si la acción no se ha realizado en su totalidad): hasta 25%
    - de 26 al 50%- del 51% al 75- del 75% al 100%.
  
3. *Mejoras en la comunicación con personas con discapacidad (existencia de pictogramas, documentos en braille, colaboración de intérpretes de lengua de signos...)*
  - Tipo de mejora en la comunicación:
  - Presupuesto:
  - Porcentaje de ejecución (si la acción no se ha realizado en su totalidad): hasta 25%
    - de 26 al 50%- del 51% al 75- del 75% al 100%.
  
4. *Dotación instrumental y aparatos de diagnóstico adaptados a personas con discapacidad en general o a mujeres con discapacidad en particular*
  - Tipo:
  - Presupuesto:
  - Porcentaje de ejecución (si la acción no se ha realizado en su totalidad): hasta 25%
    - de 26 al 50%- del 51% al 75- del 75% al 100%.
  
5. *Existencia de aparcamientos reservados para personas con discapacidad, cercanos a la entrada de centros sanitarios, así como creación de nuevas plazas.*

*Observación: Considerar el nº total de aparcamientos según Decreto 293/2009 (1 plaza reservada para personas con discapacidad por cada 40 o fracción)*

  - Nº de aparcamientos totales reservados:
  - Nº de aparcamientos creados el último año:
  
6. *Páginas webs del SSPA adaptadas a personas con discapacidad*

7. Adaptación de la información sanitaria relevante (Consentimiento informado, carta de derechos y deberes, testamento vital, etc...) a las necesidades de las personas con discapacidad sensorial.
  - Adaptación/es realizada/s:
  - Presupuesto:
  - Porcentaje de ejecución (si la acción no se ha realizado en su totalidad): hasta 25%  
- de 26 al 50%- del 51% al 75- del 75% al 100%.
8. Relaciones / colaboraciones con asociaciones de personas con discapacidad
  - Definición:
9. Intervenciones en prevención primaria/secundaria en relación a los malos tratos de mujeres y hombres con discapacidad
  - Definición de las intervenciones realizadas:
10. Realización de estrategias de promoción de la salud mental para personas con discapacidad en general, y personas cuidadoras familiares
  - Tipo y nº de estrategias realizadas:
  - Personas beneficiadas:
  - Presupuesto:  
Porcentaje de ejecución ((si la acción no se ha realizado en su totalidad): hasta 25% - de 26 al 50%- del 51% al 75- del 75% al 100%.
11. Existencia de protocolo de acto único para personas con discapacidad
  - Sí/no
  - Fecha de implantación:
12. Participación de personas con discapacidad en el ámbito sanitario
  - Definición (Modo de participación, individual-colectiva, número de participaciones, datos desagregados por sexo, fechas de participación....)
13. Actividades realizadas en formación/sensibilización sobre la discapacidad dirigido a profesionales del sistema sanitario
  - Nº y tipos de actividades realizadas
  - Profesionales destinatarios (por sexo)
  - Presupuesto...
14. Otras actividades realizadas:

### ANEXO 3.- OBJETIVOS DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

Se calcularán estos indicadores en base a los datos del primer semestre del 2014

grupo	Hospital
1	02003 - A.H. VIRGEN DEL ROCÍO
	02005 - A.H. VIRGEN MACARENA
	02009 - A.H. PUERTA DEL MAR
	02020 - C.H. GRANADA
	02024 - A.H. REINA SOFÍA
	02031 - A.H. REGIONAL DE MÁLAGA
	02042 - C.H. DE JAÉN
	02048 - A.H. TORRECÁRDENAS
	02037 - C.H. DE HUELVA
2	02004 - A.G.S. SUR DE SEVILLA
	02010 - A.G.S CAMPO DE GIBRALTAR
	02012 - A.G.S. NORTE DE CÁDIZ
	02013 - A.H. PUERTO REAL
	02033 - A.H. VIRGEN DE LA VICTORIA
	02034 - H. COSTA DEL SOL (E.P.COSTA DEL SOL)
3	02025 - A.G.S. SUR DE CÓRDOBA
	02043 - A.G.S. NORTE DE JAÉN (H. SAN AGUSTÍN)
	02044 - A.G.S. NORTE DE JAÉN (H. SAN JUAN DE LA CRUZ)
	02050 - H. DE PONIENTE - EL EJIDO (E.P. DE PONIENTE)
	02051 - A.H. SAN JUAN DE DIOS (ALJARAFE)
4	02007 - A.G.S DE OSUNA
	02015 - A.G.S. NORDESTE DE GRANADA
	02019 - A.G.S SUR DE GRANADA
	02026 - A.S. NORTE DE CÓRDOBA
	02028 - A.G.S NORTE DE MÁLAGA
	02029 - A.G.S SERRANÍA DE MÁLAGA
	02032 - A.G.S. ESTE DE MÁLAGA - AXARQUÍA
	02039 - A.G.S. NORTE DE HUELVA
	02041 - H. ALTO GUADALQUIVIR DE ANDUJAR (E.P. ALTO GUADALQUIVIR)
	02046 - A.G.S NORTE DE ALMERÍA
	02052 - H. DE MONTILLA (E.P. ALTO GUADALQUIVIR)
5	02053 - H.A.R. SIERRA DE SEGURA (E.P. ALTO GUADALQUIVIR)
	02054 - H.A.R. EL TOYO (E.P. DE PONIENTE)
	02055 - H.A.R. DE ALCAUDETE (E.P. ALTO GUADALQUIVIR)
	02056 - H.A.R. SIERRA NORTE (E.P. BAJO GUADALQUIVIR)
	02057 - H.A.R. DE UTRERA (E.P. BAJO GUADALQUIVIR)
	02058 - H.A.R. DE PUENTE GENIL (E.P. ALTO GUADALQUIVIR)
	02059 - H.A.R. DE GUADIX (E.P. DE PONIENTE)
	02060 - H.A.R. DE BENALMÁDENA (E.P.COSTA DEL SOL)
	02061 - H.A.R. DE ÉCIJA (E.P. BAJO GUADALQUIVIR)
	02063 - H.A.R. DE LOJA (E.P. DE PONIENTE)
	02064 - H.A.R. DE ALCALÁ LA REAL (E.P. ALTO GUADALQUIVIR)
	02065 - H.A.R. VALLE DEL GUADIATO (E.P. ALTO GUADALQUIVIR)
	02062 - H.A.R. DE MORÓN DE LA FRONTERA (E.P. BAJO GUADALQUIVIR)

### INDICE DE RESOLUCION POR CMA Y ESPECIALIDAD

Se han establecido los límites de la siguiente forma:

Límite inferior: media de grupo aportada por CMBD sin decimales

Límite superior: valor más alto encontrado en el grupo, sin decimales ( los valores 100 se han sustituido por 99)

<b>IR POR CMA POR GRUPO CMBD 2013</b>	<b>GRUPO</b>	<b>GRUPO</b>	<b>GRUPO</b>	<b>GRUPO</b>	<b>GRUPO</b>
<b>LIMITE INFERIOR</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
70150 - CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA	45	45	57	47	84
70230 - CIRUGÍA PEDIÁTRICA	73				
70420 - OFTALMOLOGÍA	91	96	99	99	99
70430 - OTORRINOLARINGOLOGÍA	69	68	79	71	92
70530 - CIRUGÍA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGÍA	48	51	61	64	93
70531 - UNIDAD DE TRAUMATOLOGÍA INFANTIL	46				
70540 - UROLOGÍA	59	64	72	59	99
70551 - GINECOLOGÍA	60	65	73	71	92
<b>IR POR CMA 2013 POR ESPECIALIDAD</b>	<b>GRUPO</b>	<b>GRUPO</b>	<b>GRUPO</b>	<b>GRUPO</b>	<b>GRUPO</b>
<b>LIMITE SUPERIOR</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
70150 - CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA	64	69	65	64	99
70230 - CIRUGÍA PEDIÁTRICA	92				
70420 - OFTALMOLOGÍA	98	99	99	99	99
70430 - OTORRINOLARINGOLOGÍA	89	94	95	96	99
70530 - CIRUGÍA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGÍA	67	71	71	81	99
70531 - UNIDAD DE TRAUMATOLOGÍA INFANTIL	73				
70540 - UROLOGÍA	80	88	84	72	99
70551 - GINECOLOGÍA	79	80	90	84	99

### **INDICE DE RESOLUCION POR CMA POR CCS**

Se han establecido los límites de la siguiente forma:

Límite inferior: media de grupo calculada entre los valores del grupo sin decimales

Límite superior: valor más alto encontrado en el grupo, sin decimales ( los valores 100 se han sustituido por 99)

Índice de Resolución año 2013. LIMITE INFERIOR	GRUPO 1	GRUPO 2	GRUPO 3	GRUPO 4	GRUPO 5
CCS 030 Amigdalectomía y/o adenoidectomía	76	70	75	69	59
CCS 084 Colectectomía y exploración del conducto común	26	20	3	12	10
CCS 085 Reparación de hernia inguinal y femoral	69	67	73	69	78
CCS 086 Otra reparación de hernia	47	44	45	48	73
CCS 149 Artroscopia	46	63	40	62	72
121 Ligadura de trompas de Falopio	34	32	57	46	31

Índice de Resolución año 2013. LIMITE SUPERIOR	GRUPO 1	GRUPO 2	GRUPO 3	GRUPO 4	GRUPO 5
CCS 030 Amigdalectomía y/o adenoidectomía	94	96	83	98	99
CCS 084 Colectectomía y exploración del conducto común	59	52	10	55	81
CCS 085 Reparación de hernia inguinal y femoral	85	86	85	83	99
CCS 086 Otra reparación de hernia	66	67	49	64	99
CCS 149 Artroscopia	84	86	71	91	99
CCS 121 Ligadura de trompas de Falopio	88	60	77	86	99

## ANEXO 4

### FICHA DE VALORACIÓN DE PACIENTE CON DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA

(Plantilla de valoración registro y seguimiento Heridas agudas y crónicas)

#### REGISTRO DE HERIDAS

##### TIPO HERIDA:

Úlcera por Presión..... Estadio de la lesión: Estadio: I II III IV  
Úlcera Vascular..... Herida Quirúrgica..... Quemadura.....  
Herida Aguda..... Otras.....

Antigüedad de la lesión.....

Localización de la lesión.....

Tamaño (Medición con regla milimetrada el diámetro mayor y el menor).....

##### TIME

##### Tejido:

Tejido necrótico: Seco (duro): ..... Húmedo (blando):.....

Tejido esfacelado:..... Tejido de granulación:..... Tejido de epitelización:.....

Presencia de tunelizaciones.....

##### Infeción:

Signos: Eritema.... Edema..... Cambios en el dolor..... Decoloración.....

Fragilidad del tejido..... Olor anormal..... Aumento exudado.....

Retraso en la cicatrización.....

Toma de Muestra para Cultivo:SI..... NO.....

Tipo toma de muestra: Punción-Aspiración..... Biopsia.....

Escobillón.....

Resultado:.....

##### M: Humedad / Exudado:

Tipo de Exudado: Purulento..... Seroso..... Sero-hemático..... Hemático.....

Cantidad de Exudado: Nulo..... Escaso..... Moderado..... Abundante.....

**E: Bordes de la herida:**

**Zona Perilesional**: Íntegra..... Lacerada..... Macerada..... Edema..... Eczema.....

**Otros**.....

**Dolor**: Continuo..... En las curas..... Valoración según escala: .....

**Tipo de cura utilizada:**

Limpieza: Suero fisiológico..... Polihexanida..... Antiséptico (especificar).....

Desbridamiento: Cortante..... Enzimático (especificar).....

Autolítico (especificar).....

Zona perilesional: Pomada/películas barrera (especificar).....

Ácidos grasos Hiperóxigenados.....

**MATERIAL DE CURAS EN AMBIENTE HUMEDO USADO:**

## PNT DE REGISTRO INICIAL Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA

### A- REGISTRO INICIAL

Entrar en la Hª del paciente con DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA:

1. Asignarle el Programa de Salud: DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA. Aparecerá en el listado de Programas de Salud en los que está incluido el paciente y también el Icono del Programa.
2. Crear una Hoja de Seguimiento de Enfermería (HSE) con Motivo de Consulta: Valoración, visita de seguimiento o el motivo que corresponda a la visita guardar y aceptar.
3. En dicha Hoja de Seguimiento creada en ese momento, que aparece en la parte izda. de la historia del paciente, pulsar el botón derecho y seleccionar “Crear Proceso”. En nombre del proceso escribir: DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA.
4. Nos pide que asignemos un Juicio clínico, escribiremos Deterioro de la integridad cutánea, guardaremos y aceptaremos en la parte inferior de la HSC.
5. En la HSC que aparece en el clip de “Deterioro de la Integridad cutánea” con botón dcho. elegiremos crear episodio, en el nombre del episodio registraremos UPP, herida crónica o herida aguda según corresponda. Como nos pide que le asignemos un Juicio Clínico, picar en icono-gradilla, escribir UPP, ULCERA VASCULAR, HERIDA CRÓNICA, HERIDA AGUDA, o el problema que genere el deterioro de la integridad cutánea y aceptar.
6. Se ha creado un subclip denominado UPP, Herida crónica, Herida aguda, dentro de estos subclips incluiremos o generaremos todas las hojas de seguimiento que tengan información relevante sobre el plan terapéutico del paciente relacionado con su DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA correspondiente, por ejemplo valoraciones realizadas según planilla de valoración del ASEMA incluida en la Guía de actuación compartida , apósitos seleccionados, otras medidas para el tratamiento de úlceras y heridas, cambios de la situación clínica del paciente que afectan a la evolución de su lesión y a la prescripción de material para su tratamiento, etc.

Generaremos las siguientes HSC correspondientes a cada episodio con el botón dcho. seleccionando del desplegable “Crear HSC”, de esta forma todas quedarán dentro del episodio correspondiente.

Como *aclaración general*, en los procesos y episodios hay que poner UPP, Herida crónica o Herida aguda, en las HSC hay que poner el motivo real de la atención realizada (valoración, seguimiento, pruebas realizadas, etc.)