



**UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS**  
**Código SIAGC: UGC000036**

**ACUERDO DE GESTIÓN CLÍNICA**  
**Año: 2012**

**Hospital Universitario Reina Sofía Córdoba**



Córdoba, 22 de Diciembre de 2011

## REUNIDOS

De una parte, la Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades de Infecciosas y en su nombre D Julián de la Torre Cisneros, en calidad de Representante/Director de la Unidad

De otra parte, el Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba y en su nombre y representación D. José Manuel Aranda Lara, en calidad de Director Gerente

## ACUERDAN

El siguiente Acuerdo de Gestión para el año 2012

El Representante/Director de la Unidad

El Director Gerente del Hospital

Fdo.: D. Julian de la Torre Cisneros

Fdo.: D. José Manuel Aranda Lara

RESPONSABLE DE ENFERMERÍA

Fdo.: D. Jesús Herrera Tierno

## 1. INTRODUCCIÓN

Los principios que inspiran las actuaciones sobre protección de la salud, establecidos en la **Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía**, han sido plenamente asumidos por la sociedad andaluza. La universalidad, la equidad e igualdad en el acceso o la igualdad social y el equilibrio territorial en la prestación de los servicios sanitarios, poseen un valor intrínseco como fundamentos del mandato constitucional que los ha consolidado socialmente. En este sentido, se han convertido en el referente que debe guiar las actuaciones en materia de salud adaptadas, en cada momento, al nivel de exigencia de una sociedad dinámica y en continua evolución como la andaluza. Exigencia que se traduce en el requerimiento al Sistema Sanitario Público de nuevas cualidades, en la demanda de una mayor eficiencia, de la implementación de medidas innovadoras en la gestión que garanticen la eficacia de las actuaciones en materia de salud, la modernización y renovación tecnológica, la aplicación a la salud de los avances científicos experimentados y, sobre todo, de una atención más personalizada.

En este sentido, la **Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesionales Sanitarias**, dispone en el apartado 3 de su artículo 4, que los profesionales sanitarios desarrollan, entre otras, funciones en el ámbito de Gestión Clínica; y en su artículo 10, contempla la gestión clínica en las organizaciones sanitarias, previéndose que se establecerán los medios y sistemas de acceso a las funciones de gestión clínica por las administraciones sanitarias, los servicios de salud o los órganos de gobierno de los centros y establecimientos sanitarios, según corresponda.

Ya en el **Plan Estratégico del Servicio Andaluz de Salud, del año 1.999**, que recoge las líneas estratégicas, los objetivos y las medidas previstas para el desarrollo y modernización de los servicios en los siguientes años, figura la implantación y extensión en el SAS de los nuevos enfoques de Gestión Clínica que favorezcan la síntesis adecuada de capacidad profesional para organizar sus propias unidades funcionales con la responsabilidad sobre el uso de los recursos que se les asignan en un entorno de calidad debidamente acreditado, como uno de los puntos fundamentales de dicho Plan.

Con fecha 23 de julio de 1.999, se firmó un **Acuerdo entre el SAS y los Sindicatos CC.OO. y SATSE, para la aplicación consensuada del Plan Estratégico del Servicio Andaluz de Salud**, donde se definían los principios generales de las Unidades de Gestión Clínica, identificándose las mismas como el nivel organizativo básico que debe ir estructurándose de forma progresiva y previa acreditación de éstas por los Servicios Centrales del Servicio Andaluz de Salud, estando constituidas por equipos formales de profesionales coordinados por un responsable, que asumirá la representación de la Unidad.

El instrumento para hacer efectivos los compromisos que, en materia de atención sanitaria, ha establecido el Gobierno de la Junta de Andalucía lo constituye el **Contrato-Programa de la Consejería de Salud con el Servicio Andaluz de Salud y el Contrato-Programa del Servicio Andaluz de Salud y los Hospitales**. Dentro de este ámbito, el presente Acuerdo de Gestión es el instrumento del cual se dota la Dirección-Gerencia del Hospital Universitario "Reina Sofía" de Córdoba para establecer las actividades a realizar por sus unidades y la dotación de recursos para la consecución de tales fines durante el presente año. Su estructura y composición identifican los objetivos priorizados, los plazos para lograrlos y los indicadores a utilizar para su evaluación.

La firma de este Acuerdo de Gestión supone, por lo tanto, no sólo la constatación del compromiso adquirido por el Servicio Andaluz de Salud para alcanzar los objetivos fijados, sino también el compromiso del Centro y sus Unidades de Gestión Clínica para dar respuesta a las expectativas de los ciudadanos en materia de salud, con criterios de calidad y seguridad.

Los diferentes Contratos-Programas suscritos entre la Consejería de Salud y el Servicio Andaluz de Salud y entre el Servicio Andaluz de Salud y sus Hospitales, han recogido desde el año 2001, objetivos relacionados con el impulso e implantación progresiva de las Unidades de Gestión Clínica en los Centros Sanitario del SAS, indicándose en el Contrato-Programa suscrito entre la Consejería y el SAS para el período 2010-2013 el objetivo de que al final de la actual legislatura (2012), todos los profesionales sanitarios del SAS formarán parte de unidades de gestión clínica.

Desde un punto de vista orgánico ha sido la **Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Andaluz de Salud**, el órgano encargado de impulsar la gestión clínica como herramienta básica en el ámbito asistencial, así como el impulso y coordinación del desarrollo de unidades de gestión clínica, como instrumento para mejorar la calidad del servicio, la participación profesional y la eficiencia general (**Decreto 171/2009, de 19 de mayo**, por el que se establece la estructura orgánica básica de la Consejería de Salud y del Servicio Andaluz de Salud).

Este proceso ha tenido su culminación normativa hasta ahora, en el **Decreto 75/2007, de 13 de marzo**, que regula la cobertura del cargo intermedio de Coordinador y Director de Unidades Clínicas; en el **Decreto 197/2007, de 3 de julio**, que regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria de salud en el ámbito del SAS, que contempla las unidades de gestión clínica dentro de su estructura funcional; y en el **Decreto 78/2008, de 4 de marzo**, de ordenación administrativa y funcional de los servicios de Salud Mental en el ámbito del SAS, que igualmente contempla la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental como estructura organizativa responsable de la atención especializada en salud mental.

Por tanto, a fin de cumplimentar los objetivos fijados en el Contrato-Programa suscrito entre el Servicio Andaluz de Salud y el Hospital Universitario “Reina Sofía” de Córdoba, sobre la base del modelo organizativo de Unidades de Gestión Clínica, teniendo en cuenta que el **Decreto 105/1986, de 11 de junio**, de ordenación de la asistencia sanitaria especializada y órganos de dirección de Hospitales, en su artículo 19.3, dispone que cuando las necesidades asistenciales lo determinen, podrán constituirse unidades interdisciplinarias donde los facultativos de distintas especialidades desarrollarán sus funciones, y en su artículo 20.4 establece que las Unidades de Enfermería se podrán integrar en diferentes Unidades; así como que el apartado e) del artículo 19 de la **Ley 55/2003, de 16 de diciembre**, del estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud, establece que el mismo viene obligado a participar y colaborar eficazmente, en el nivel que corresponda en función de su categoría profesional, en la fijación y consecución de objetivos cuantitativos y cualitativos asignados a la Institución, Centro o Unidad en la que presta servicios, surge el presente **Acuerdo de Gestión para el año 2012**.

Fruto de la experiencia acumulada en los años precedentes por las Unidades de Gestión Clínica del Hospital, para el año 2012 se han incorporado al Acuerdo de Gestión algunos aspectos relevantes para la consolidación de la gestión clínica en los próximos años, específicamente:

- La visión sobre las mejoras que, desde su experiencia de gestión, los Directores de Unidad de Gestión Clínica consideran relevantes.
- Los índices básicos de complejidad y eficiencia, de producción y económica, y algunos indicadores clave de resultados de producción que expresan el esfuerzo ya realizado y que orientan el camino a recorrer en estos ámbitos por las Unidades de Gestión Clínica.
- Los objetivos de resultado en salud y / o clínicos a nivel de Hospital como conjunto y de Unidad de Gestión Clínica como parte del mismo, que concentran los esfuerzos de los profesionales y su aportación a la sociedad cordobesa.
- La orientación y supeditación de la asignación de recursos a las decisiones clínicas, mediante la plasmación, en el apartado ingresos de una Cuenta de Resultados Previsional, de aquellas líneas de actividad y procesos – procedimientos, dentro de las mismas, pactados por la Dirección con las Unidades de Gestión Clínica por adecuados y eficientes.



- Los recursos en formación, innovación y / o tecnología que el Hospital incorporará a lo largo del año 2012 a las Unidades de Gestión Clínica de forma coherente para facilitar el alcance de sus resultados clínicos y / o en salud.

Este modelo actualizado de Acuerdo de Gestión Clínica pretende primar la selección de la actividad eficiente, en base a una oferta de servicios moderna donde los criterios de productividad se consideran como consecuencia de un análisis que identifica las actividades y servicios que más pueden beneficiar a la población atendida en el Hospital Universitario "Reina Sofía" y de la selección de actividades y servicios cuyos beneficios clínicos y en salud, con el presupuesto asignado por las Autoridades de Salud, sean superiores.

## 2. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Fecha de Constitución en UGC: 2005

**Modelos Organizativos:** (en caso de que haya cambiado en el periodo desde su constitución como UGC).  
No aplica

Año: No aplica

Tipo (Intercentros, interniveles...). No aplica

**Resultados 2007-2010:**

Indicador	2007	2008	2009	2010
IUE	0.91	0.91	0.89	0.97
Índice Casuístico	2.79	2.63	2.59	2.57
Estancias evitables	-454	-415	-566	-143.64
Tasa de úlceras por presión	No datos	1	1	0
% Reingresos	5.39	3.77	3.39	1.17
% Mortalidad	5.12	4.93	3.13	4.39
Estancia Preoperatoria (Si aplica)	N/A	N/A	N/A	N/A
% Cesáreas (si aplica)	N/A	N/A	N/A	N/A
Puntuación global de la unidad (CRP)	No datos	9.50	10	9.16
% coste sobre total HURS	3.01	3.19	3.29	3.20



### **3. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO COMÚN**

(SOLO PARA UNIDADES CLÍNICAS COMPUESTAS POR MÁS DE UN SERVICIO)

## 4. OBJETIVOS COMUNES

### ÁREA: Capítulo I

**Objetivo número 1:** La Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades infecciosas se marca como Objetivo para el año 2012 cumplir con el presupuesto asignado en Capítulo I (La cuantía será facilitada por la DEA y será proporcional al presupuesto asignado para el Hospital en dicho capítulo)

**Indicador: Cumplimiento del presupuesto asignado en Capítulo I**

**Fórmula:** Gasto 2012 en Capítulo I de la Unidad  $\leq$  Presupuesto asignado en Cap.I para 2012

**Fuente:** Gerhonte

**Metodología de Evaluación:** Explotación del sistema de información e Informe de la Dirección Económico-Administrativa con el resultado obtenido

**Peso: 3**

**Límite Superior (Óptimo)/Límite Inferior:** Cumple/ No cumple

**Observaciones:** La cantidad asignada en Capítulo I será objeto de revisión a lo largo del año 2012 para recoger las posibles incidencias que se produzcan.

**Objetivo número 2:** La Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades Infecciosas se marca como Objetivo para el año 2012 disminuir el absentismo del personal de la unidad. Para ello situará el porcentaje de absentismo en el 3.5% en el año 2012.

**Indicador: Porcentaje de Absentismo**

**Fórmula:** Días de absentismo  $\times 100$  / Días de trabajo potenciales

**Fuente:** Gerhonte.

**Metodología de Evaluación:** Explotación del sistema de información e Informe de la Dirección de Personal con el resultado obtenido

**Peso: 3**

**Límite Superior (Óptimo)/Límite Inferior:** 3.5% -4.5%

### ÁREA: Capítulo II y IV

#### ÁREA: Accesibilidad

**Objetivo número 3:** La Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades Infecciosas se marca como objetivo para el año 2012, gestionar su lista de Espera en Consultas de manera que la Demora en primeras consultas no sea superior a 20 días.

**Indicador: Demora en primeras consultas.**

**Fórmula:** Media de los 52 valores semanales obtenidos en función del cuadro del indicador.

**Fuente:** INFHOS / Informe de cita previa

**Metodología de Evaluación:** Explotación de INFHOS e Informe del Servicio de Sistemas de Información con el resultado obtenido

**Peso: 10**

**Límite Superior (Óptimo)/Límite Inferior:** 20/60 días

**Objetivo número 4.** La Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades Infecciosas se marca como objetivo para el año 2012, gestionar las citas de consultas sucesivas de forma que al menos el 95% de las mismas sean dadas por la propia Unidad de Gestión.

**Indicador: Lista de Espera en Consultas Gestión de citas de consultas sucesivas.**

**Fórmula:** Nº consultas sucesivas dadas por la Unidad de Gestión Clínica  $\times 100$  / Total consultas sucesivas.

**Fuente:** MTI-Diraya.

**Metodología de Evaluación:** Explotación de MTI-Diraya e Informe del Servicio de Sistemas de Información con el resultado obtenido

**Peso: 10**





**Límite Superior (Óptimo)/Límite Inferior:** 95% / 80%

**Objetivo número 5:** La Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades Infecciosas se marca como objetivo para el año 2012, llevar a cabo consulta telemática en revisiones de pacientes

**Fórmula:** Nº de pacientes en consulta telemática

**Fuente:** UGC Enfermedades Infecciosas

**Metodología de Evaluación:** Explotación del registro de la Unidad e informe del Director de la Unidad con el resultado obtenido

**Peso:** 8

**Límite Superior/Límite Inferior:** 45 pacientes/20 pacientes

### ÁREA: Uso Racional del Medicamento: Ver Objetivos críticos

#### ÁREA: Hospitalización

**Objetivo número 6:** La Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades Infecciosas se marca como objetivo para el año 2012, mantener el índice de utilización de estancias igual o inferior a 0,90 y mantener las estancias evitables respecto al año 2010

**PESO DEL OBJETIVO:** 17 PUNTOS

**Índice sintético compuesto por los siguientes indicadores:**

**Subindicador 6.A)** Índice de Utilización de Estancias.

**Fórmula:** Estancia media observada/ estancia media esperada bajo estándar andaluz.

**Fuente:** CMBDH/ Servicio de Calidad y Documentación Clínica y Unidad de Gestión Clínica

**Metodología de Evaluación:** CMBDH e Informe del Servicio de Calidad y Documentación Clínica.

**Peso del Objetivo:** 12

**Límite Superior (Óptimo)/Límite Inferior:** 0,90/1.

**Requisito:** Así mismo la unidad llevará a cabo dos análisis de la adecuación de sus estancias haciendo uso de la herramienta validada AEP. El primer corte se realizará dentro del primer semestre del año, elaborando un informe de un plan de actuación que incluya las medidas correctoras que disminuyan el porcentaje de estancias inadecuadas e ingresos inadecuados si también los hubiera. El segundo corte se efectuará en el último cuatrimestre del año. Tras éste, la Unidad realizará un informe que incluya el análisis comparativo de los dos cortes. Ambos informes junto al plan de actuación y evaluación de las estancias, serán remitidos a la Dirección Gerencia una vez realizados.

**Subindicador 6.B)** Mantener las estancias evitables respecto al año 2010

**Fórmula:** No aplica

Estancias evitables 2011 x 100/estancias evitables 2010

**Fuente:** CMBD

**Metodología de evaluación:** Análisis del CMBD e informe emitido por la unidad de calidad y documentación clínica

**Límite Superior(Óptimo)/Límite Inferior:** 100%/110%

**Peso:** 5

### ÁREA: Orientación al Ciudadano, Satisfacción y Personalización de la Atención

**Objetivo número 7.** La Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades Infecciosas se marca como objetivo para el año 2012 disminuir la tasa de reclamaciones por motivos seleccionados

**PESO DEL OBJETIVO:** 1 PUNTO

**Indicador Disminución de la tasa de reclamaciones por motivos seleccionados:** Trato inadecuado de los profesionales, falta de intimidad, falta de información y confidencialidad y



demoras. Así mismo, la Unidad realizará un análisis de sus reclamaciones por motivos y llevará a cabo un plan de medidas para disminuirlas. El total de pacientes atendidos incluye la hospitalización y consultas externas.

**Fórmula:** N° de reclamaciones por los motivos seleccionados X 1000 / Total de pacientes atendidos. Elaboración de informe con propuestas de mejora

**Fuente:** Servicio de Atención al Ciudadano/Informe de la Unidad de Gestión Clínica.

**Metodología de Evaluación:** Para la tasa de reclamaciones, explotación del registro de reclamaciones e informe del Responsable del Servicio de Atención al Ciudadano con el resultado obtenido. Para el análisis de reclamaciones por motivos y el plan de medidas para disminuirlas, presentación del documento e informe del Director de la Unidad de Gestión Clínica con el resultado obtenido

**Límite Superior/Límite Inferior:** 0 / 1 reclamación por 1000 pacientes atendidos. Presentación de informe con propuestas de mejora

El total de pacientes atendidos incluye la hospitalización y consultas externas.

### **ÁREA: Fomentar la investigación entre los profesionales**

La Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades Infecciosas desarrolla su investigación en las siguientes líneas de investigación:

1.- INFECCIÓN VIH
2.- COINFECCION VIH/VHC
3.- COMPLICACIONES INFECCIOSAS DEL TRASPLANTE
4.- INFECCION NOSOCOMIAL

### **Objetivo nº 8: FOMENTAR LA INVESTIGACIÓN ENTRE LOS PROFESIONALES**

**PESO: 5 PUNTOS**

**Objetivo número 8:** La UGC de Enfermedades Infecciosas se marca como objetivo para el año 2012, mejorar el impacto de las publicaciones de sus profesionales. Para ello se utilizará el índice de impacto acumulado en el año para revistas publicadas en Pub-Med de artículos en los que al menos haya un miembro de la Unidad

**Indicador: Índice de Impacto acumulado en el año 2012**

**Fórmula:** Índice de impacto acumulado en el año para revistas publicadas en Pub-Med de artículos en los que al menos haya un miembro de la Unidad. Índice de Impacto acumulado. Suma del Factor de Impacto de los artículos ya publicados en ese año, utilizando como valor el que se haya publicado en el Journal Citation Report del año anterior

**Fuente:** Unidad de Apoyo Metodológico del IMIBIC

**Metodología de Evaluación:** Informe del Director de la UGC con el resultado obtenido/Unidad de Apoyo Metodológico del IMIBIC

**Peso:** 5

**Límite Superior (Óptimo)/Límite Inferior:** 20/15

**Objetivo nº 9:** La UGC de Enfermedades Infecciosas se marca como objetivo para el año 2012, mantener las tasas de mortalidad global del HURS dentro de los límites / estándares propios de los hospitales de su misma categoría

**Indicador: Razón estandarizada de mortalidad del HURS.**



**Fórmula:** Numerador / Denominador.  
Numerador: Mortalidad observada.  
Denominador: Mortalidad esperada.

**Criterio de cumplimiento:** RE = 1.

**Fuente de Información:** CMBD (numerador). Servicio Andaluz de Salud: Subdirección de Análisis y Control Interno.

**Metodología de Evaluación:** explotación del CMBD y ajuste según datos del resto de hospitales del nivel correspondiente al HURS.

**Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior:** 0.95 / 1.1

**Situación de partida (valor de referencia):** Desconocida

**Peso:** 1

**Objetivo nº 10:** La UGC de Enfermedades Infecciosas se marca como objetivo para el año 2012, la constitución de los Equipos de Antibióticos y elaboración de un Programa para la Optimización del Uso de Antimicrobianos en el centro basado en las recomendaciones del documento de consenso PROA (disponible en: <http://www.seimc.org/grupos/geih/fuentes/geih-dyc-2011-PROA.pdf>) Incluyendo un análisis de la situación del hospital respecto a las recomendaciones de nivel básico y, a partir del mismo, de las medidas a implantar para su cumplimiento. Los centros que ya tengan en marcha un programa con estas características, deberán además facilitar la evaluación de los resultados anuales del mismo según los objetivos fijados.

**Indicador:** Constitución de los Equipos de Antibióticos y elaboración del Programa para la Optimización del uso de Antimicrobianos basado en las recomendaciones del documento de consenso PROA

**Fórmula:** no aplica

**Criterio de cumplimiento:** constitución de los equipos, informe con el análisis de la situación y medidas a implantar.

**Fuente de Información:** UGC

**Metodología de evaluación:** auditoría documental (Actas de la constitución de los equipos, informe)

**Peso:** 2

## 5. OBJETIVOS DE RESULTADOS CLÍNICOS

En el convencimiento de que solo merecerá la pena controlar las causas de variación de los resultados de las Unidades de Gestión Clínica, cuando las variaciones en los cuidados de salud conduzcan a variaciones significativas en resultados en salud y allá dónde la ocurrencia del resultado en salud sea suficientemente frecuente para que el indicador de resultado tenga el poder suficiente de detectar diferencias reales en calidad, y conocedor de la dificultad intrínseca que supone la ausencia de estudios de intervención que aporten suficientes y consistentes evidencias del efecto de las intervenciones sobre resultados en salud sobre los costes, el Hospital Universitario “Reina Sofía” y sus Directores de Unidades de Gestión Clínica han puesto en marcha, para el año 2012 y siguientes, un procedimiento normalizado de incorporación de objetivos de resultado clínicos y / o en salud, útiles y viables en su entorno, que:

1. Permita la máxima participación de los profesionales de las Unidades de Gestión Clínica.
2. Promueva el conocimiento horizontal y transversal de los objetivos de resultado clínico y / o en salud de todas las Unidades de Gestión Clínica por parte de todos los Directores y sus equipos profesionales.
3. Oriente estratégicamente al Hospital en su conjunto hacia una respuesta adecuada a las necesidades de la sociedad cordobesa y andaluza, en general, y a su proyección futura.
4. Refleje, por su mayor interés intrínseco, todos los aspectos de los cuidados, incluyendo aquellos que son de otra manera difíciles de medir como el “expertise” técnico y los conocimientos de los profesionales, es decir cuando el conocimiento técnico es importante.
5. Establezca marcos conceptuales que guíen la selección de indicadores, desde el principio del proceso, bien para centrarse en una amplia gama de condiciones clínicas o para informar sobre unas cuantas áreas prioritarias, y se mantengan estables para facilitar el seguimiento consistente de los resultados en el tiempo.
6. Utilice un sistema de seguimiento y evaluación estable, riguroso y sistemático, desde el inicio del proceso con la participación de todos los protagonistas y beneficiarios.

Conviene resaltar que se trata de impulsar y coordinar más y mejor el esfuerzo realizado por las Unidades de Gestión Clínica del Hospital Universitario “Reina Sofía” en los últimos cuatro años, que ha originado un importante crecimiento en el porcentaje de objetivos de resultado sobre el total de objetivos planteados: desde el 3 %, 8 % y 12 % de los años 2008, 2009 y 2010, respectivamente, al 27 % en el año 2011.



### Objetivo Especifico número 1

#### DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2.012 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD

Porcentaje de pacientes VIH positivos naive con descenso de ARN-VIH inferior a 200 cop/mL a los 6 meses de iniciar TARV.

**Peso que se le asignaría al Objetivo: 6**

#### INDICADOR PARA LA MEDICIÓN DEL OBJETIVO

#### (FUENTE DE LA INFORMACIÓN Y LÍMITE INFERIOR Y SUPERIOR DEL OBJETIVO Y EL PESO QUE TENDRÁ SOBRE LOS 40 PUNTOS ADJUDICADOS A LOS OBJ. ESPECÍFICOS):

**Indicador (título):** ARN-VIH (carga viral VIH) a los 6 meses de tratamiento.

Fórmula:

NUMERADOR: Número pacientes infectados por el VIH que hayan iniciado tratamiento antirretroviral y hayan cumplido 6 meses de tratamiento en el año 2012 sin abandono del mismo, y con criterios de respuesta (ARN-VIH inferior a 200 cop/mL)

DENOMINADOR: Número pacientes infectados por el VIH que comienzan TARV

Criterio de Cumplimiento: carga viral negativa

Fuente de Información: Registro de pacientes naive del PAI VIH/SIDA, registros de carga viral de VIH de microbiología (disponible en la web). Explotación del registro e Informe de Resultados

Metodología de evaluación: Explotación del registro e Informe de Resultados

Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior: 65%/45%

Situación de partida (valor de referencia): 40% (registro 2010, falta evaluación del objetivo 2011)

En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o unidades de gestión clínica, enumerar dichas unidades:

Compartido con: Microbiología

Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:

Ninguna



## Objetivo Especifico número 2

### DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2.012 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD

Evitar la transmisión materno-fetal del VIH. Lograr que la pacientes VIH positivas lleguen al parto con carga viral de VIH negativa

**Peso que se le asignaría al Objetivo: 6**

### INDICADOR PARA LA MEDICIÓN DEL OBJETIVO

### (FUENTE DE LA INFORMACIÓN Y LÍMITE INFERIOR Y SUPERIOR DEL OBJETIVO Y EL PESO QUE TENDRÁ SOBRE LOS 40 PUNTOS ADJUDICADOS A LOS OBJ. ESPECÍFICOS):

**Indicador (título): % de embarazadas VIH positivas que llegan al parto con carga viral de VIH negativa**

Fórmula:

NUMERADOR: número de mujeres infectadas por VIH embarazadas controladas por la UGC y que tienen carga viral negativa en el momento del parto.

DENOMINADOR: numero total de mujeres infectadas por VIH embarazadas.

Criterio de Cumplimiento: carga viral negativa en el momento del parto

Fuente de Información: registro de embarazadas del PAI VIH/SIDA, registro de carga viral de microbiología (disponible en la web).

Metodología de evaluación: Explotación de los registros e informe.

Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior: 100%/65%

Situación de partida (valor de referencia): 100% en 2010 (referido sólo a las que aceptaban TARV). Nos interesa estabilizarlo para evitar nuevas infecciones.

En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o unidades de gestión clínica, enumerar dichas unidades:

Compartido con:

Microbiología, UGC de la mujer.

Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:

Ninguna



### Objetivo Especifico número 3

#### DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2.012 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD

Aumentar el porcentaje de pacientes infectados por VIH que alcanzan respuesta virológica tras un tratamiento inicial de la infección por VHC.

**Peso que se le asignaría al Objetivo: 6**

#### INDICADOR PARA LA MEDICIÓN DEL OBJETIVO

#### (FUENTE DE LA INFORMACIÓN Y LÍMITE INFERIOR Y SUPERIOR DEL OBJETIVO Y EL PESO QUE TENDRÁ SOBRE LOS 40 PUNTOS ADJUDICADOS A LOS OBJ. ESPECÍFICOS):

**Indicador (título):** reducción ARN-VHC

Fórmula:

NUMERADOR: Número pacientes infectados por el VIH que hayan iniciado tratamiento de VHC que hayan cumplido 3 meses de tratamiento y hayan conseguido una respuesta viral precoz definida como descenso de al menos 2 log de la ARN-VHC basal.

DENOMINADOR: Número pacientes infectados por el VIH que hayan iniciado tratamiento del VHC y hayan cumplido al menos 3 meses de tratamiento

Criterio de Cumplimiento: Descenso de más 2 log de ARN-VHC a los 3 meses de iniciado el tratamiento

Fuente de Información: Registro de paciente es VIH positivos que inician tratamiento de VHC (UGC Enfermedades Infecciosas) y registro de carga viral de VHC (microbiología).

Metodología de evaluación: Explotación del registros e Informe de Resultados

Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior: 50%/35%.

Situación de partida (valor de referencia): 35% año 2010. Pendiente de evaluar 2011.

En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o unidades de gestión clínica, enumerar dichas unidades:

Compartido con: Microbiología

Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:

Ninguna

#### Objetivo Especifico número 4

<b>DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2.012 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD</b>
<b>Evitar el uso de Echinocandinas en la candidemia de pacientes no críticos.</b>
<b>Peso que se le asignaría al Objetivo: 6</b>
<b>INDICADOR PARA LA MEDICIÓN DEL OBJETIVO</b>
<b>(FUENTE DE LA INFORMACIÓN Y LÍMITE INFERIOR Y SUPERIOR DEL OBJETIVO Y EL PESO QUE TENDRÁ SOBRE LOS 40 PUNTOS ADJUDICADOS A LOS OBJ. ESPECÍFICOS):</b>
<p><b>Indicador (título):</b> Pacientes con candidemia sensible tratados con Fluconazol (se refiere a candidemias tratadas por facultativos de la unidad en planta o en el marco del programa de bacteriemias).</p> <p>Fórmula:</p> <p>NUMERADOR: Pacientes con candidemia sensible tratados con Fluconazol DENOMINADOR: pacientes con candidemia sensible tratados x100 (se refiere a candidemias tratadas por facultativos de la unidad en planta o en el marco del programa de bacteriemias sin contraindicación formal para utilizar fluconazol).</p> <p>Criterio de Cumplimiento: uso de fluconazol</p> <p>Fuente de Información: registro de bacteriemias, registros de farmacia y eventualmente revisión de las historias.</p> <p>Metodología de evaluación: revisión del registro de la unidad y eventualmente auditoria de las historias.</p> <p>Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior: 90%/80%</p> <p>Situación de partida (valor de referencia): 60%</p>
En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o unidades de gestión clínica, enumerar dichas unidades:
Compartido con:
Microbiología, farmacia
Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:
Colaboración de las unidades en las que este ingresado el paciente.





### Objetivo Especifico número 5

#### DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2012 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD

Reducir la demora en realizar el estudio de contactos en TBC bacilífera

**Peso que se le asignaría al Objetivo: 8**

#### INDICADOR PARA LA MEDICIÓN DEL OBJETIVO

#### (FUENTE DE LA INFORMACIÓN Y LÍMITE INFERIOR Y SUPERIOR DEL OBJETIVO Y EL PESO QUE TENDRÁ SOBRE LOS 40 PUNTOS ADJUDICADOS A LOS OBJ. ESPECÍFICOS):

**Indicador (título):** % de pacientes con TBC bacilífera en los que se inicia el estudio de contactos en  $\leq 7$  días.

Fórmula:

- NUMERADOR: Pacientes en los que se inicia el estudio de contactos en  $\leq 7$  días
- DENOMINADOR: total de pacientes con TBC bacilífera naive atendidos en la unidad.

Criterio de Cumplimiento: tiempo en días desde que se informa de la baciloscopia positiva (fecha del informe de microbiología) hasta la fecha de inicio del estudio en el informe emitido por la unidad.

Fuente de Información: Informes de microbiología. Informes de estudios de convivientes

Metodología de evaluación: revisión de informes e informe del Director

Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior: 100%/70%

Situación de partida (valor de referencia): 60%

En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o unidades de gestión clínica, enumerar dichas unidades:

Compartido con: atención primaria, trabajadora social.

Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:

Colaboración para localizar a los contactos.



### Objetivo Específico número 6.

La Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades Infecciosas se marca como Objetivo para el año 2012 cumplir con el Índice Sintético de Objetivos Compartidos con el resto de Unidades.

**Indicador:** Índice Sintético de Cumplimento de Objetivos Compartidos con otras Unidades.

**Fórmula:** Ver cuadro resumen de indicadores incluidos

**Límite Superior/Límite Inferior:** 10 / 0

**Fuente:** UGC

**Metodología de Evaluación:** Informe conjunto de resultados.

**Peso:** 8

PROPUESTO POR:	TÍTULO DEL OBJETIVO	PESOS
FARMACIA	INCORPORACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA EN EL SISTEMA DE DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIAS (SDMDU)	4
ANATOMIA PATOLÓGICA	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA USO DE MUESTRAS DEL BIOBANCO	4
<b>OBJETIVO COMPARTIDO / PESO GLOBAL</b>		<b>8</b>

Nota: El objetivo "Índice sintético de objetivos compartidos" podrá modificarse por parte de las unidades que comparten objetivos siempre que el peso total asignado a este índice sintético no se vea modificado. En caso de producirse alguna modificación, deberá quedar constancia de la misma en un anexo específico que firmarán los Directores de las Unidades implicadas.



## 6. CUENTA DE RESULTADOS



7. TABLAS RESUMEN DE OBJETIVOS

**TABLA RESUMEN OBJETIVOS COMUNES 2012**

Dimensión Ponderación	Nº	Nombre del Indicador	Fórmula del indicador	Fuente de Información	Metodología de evaluación	Peso	Límite Superior	Límite Inferior
<b>Área Capítulo I</b>	1	Cumplimiento del presupuesto asignado	Gasto en Cap.I del Servicio <= Presupuesto asignado	Gerhonte	Explotación del Sistema de Información e Informe de la Dirección Económica con el resultado obtenido	3	CUMPLE	NO CUMPLE
	2	Absentismo	Días de absentismo *100/Días de trabajo potenciales	Gerhonte	Explotación del Sistema de Información e Informe de la Dirección de Personal con el resultado obtenido	3	3,5	4,5
<b>Área. Accesibilidad</b>	3	Demora en primeras consultas	Media de los 52 valores semanales obtenidos en función del cuadro del indicador.	INFHOS	Explotación del Sistema de Información e Informe con el resultado obtenido	10	20	60
	4	Gestión de citas de consultas sucesivas	Nº consultas sucesivas dadas por el servicio/total consultas sucesivas x 100	Diraya	Explotación del Sistema de Información e Informe con el resultado obtenido	10	95	80
	5	Consulta telemática de revisiones de pacientes	Numero de pacientes atendidos en consulta telemática	UGC de Enfermedades Infecciosas	Explotación del registro de la Unidad e Informe del Director de la UGC de Enfermedades Infecciosas con el resultado obtenido	8	45 pacientes	20 pacientes
<b>Área. Hospitalización</b>	6	Índice de utilización de estancias	IUE: Estancia media observada/ estancia media esperada bajo estándar andaluz	CMBD	Explotación del Sistema de Información e Informe del Servicio de Calidad y Documentación Clínica con el resultado obtenido. Informes de realización de AEP con plan de actuación	12	0,90	1
	6	Estancias evitables	No aplica	CMBD	Explotación del Sistema de Información e Informe del Servicio de Calidad y Documentación Clínica con el resultado obtenido	5	100%	110%
<b>Área Orientación a ciudadanos y medida de la satisfacción</b>	7	Tasa de Reclamaciones	Nº de reclamaciones por los motivos seleccionados x 1000/Total de pacientes atendidos	Servicio de Atención al Ciudadano	Explotación de registro de reclamaciones e informe del responsable del Servicio de Atención al Ciudadano con el resultado obtenido	1	0	1



Dimensión	Ponderación	Nº	Nombre del Indicador	Fórmula del indicador	Fuente de Información	Metodología de evaluación	Peso	Límite Superior	Límite Inferior
Área. Fomentar la investigación entre los profesionales		8	Índice de impacto acumulado	Índice de impacto acumulado en el año para revistas publicadas en Pub-Med de artículos en los que al menos haya un miembro de la Unidad. Índice de Impacto acumulado. Suma del Factor de Impacto de los artículos ya publicados en ese año, utilizando como valor el que se haya publicado en el Journal Citation Report del año anterior	Unidad de Apoyo Metodológico IMIBIC	Informe del Director de la Unidad y de la Unidad de Apoyo Metodológico del IMIBIC	5	20	15
Mortalidad		9	Razón estandarizada de mortalidad del HURS.	Numerador: Mortalidad observada. Denominador: Mortalidad esperada	CMBD (numerador). Servicio Andaluz de Salud: Subdirección de Análisis y Control Interno.	Explotación del CMBD y ajuste según datos del resto de hospitales del nivel correspondiente al HURS.	1	0.95	1.1
Equipo de Antibióticos		10	Constitución de los Equipos de Antibióticos y elaboración del Programa para la Optimización del uso de Antimicrobianos basado en las recomendaciones del documento de consenso PROA	No aplica	UGC	auditoría documental (Actas de la constitución de los equipos, informe)	2	Cumple	No CUMple
<b>TOTAL PUNTOS EN OBJETIVOS COMUNES</b>							<b>60</b>		

**TABLA RESUMEN DE OBJETIVOS DE RESULTADOS CLÍNICOS: AÑO 2012**

Nº	Nombre del Indicador	Fórmula del indicador	Fuente de Información	Metodología de evaluación	Peso	Límite Superior	Límite Inferior
1	ARN-VIH (carga viral VIH) a los 6 meses de tratamiento.	<p>NUMERADOR: Número pacientes infectados por el VIH que hayan iniciado tratamiento antirretroviral y hayan cumplido 6 meses de tratamiento en el año 2011 sin abandono del mismo, y con criterios de respuesta (ARN-VIH inferior a 200 cop/mL)</p> <p>DENOMINADOR: Número pacientes infectados por el VIH que comienzan TARV</p>	Registro de pacientes naive del PAI VIH/SIDA, registros de carga viral de VIH de microbiología (disponible en la web). Explotación del registro e Informe de Resultados	Explotación del registro e Informe de Resultados	6	65	45
2	% de embarazadas VIH positivas que llegan al parto con carga viral de VIH negativa	<p>NUMERADOR: número de mujeres infectadas por VIH embarazadas controladas por la UGC y que tienen carga viral negativa en el momento del parto.</p> <p>DENOMINADOR: numero total de mujeres infectadas por VIH embarazadas.</p>	Registro de embarazadas del PAI VIH/SIDA, registro c carga viral de microbiología (disponible en la web).	Explotación De los registros e informe.	6	100%	65%
3	Reducción ARN-VHC	<p>NUMERADOR: Número pacientes infectados por el VIH que hayan iniciado tratamiento de VHC que hayan cumplido 3 meses de tratamiento y hayan conseguido una respuesta viral precoz definida como descenso de al menos 2 log de la ARN-VHC basal.</p> <p>DENOMINADOR: Número pacientes infectados por el VIH que hayan iniciado tratamiento del VHC y hayan cumplido al menos 3 meses de tratamiento</p>	Registro de paciente es VIH positivos que inician tratamiento de VHC (UGC Enfermedades Infecciosas) y registro de carga viral de VHC (microbiología).	Explotación del registros e Informe de Resultados	6	50	35
4	Pacientes con candidemia sensible tratados con Fluconazol (se refiere a candidemias tratadas por facultativos de la unidad en planta o en el marco del programa de bacteriemias).	<p>NUMERADOR: Pacientes con candidemia sensible tratados con Fluconazol</p> <p>DENOMINADOR: pacientes con candidemia sensible tratados x100 (se refiere a candidemias tratadas por facultativos de la unidad en planta o en el marco del programa de bacteriemias).</p>	Registro de bacteriemias, registros de farmacia y eventualmente revisión de las historias.	Revisión del registro de la unidad y eventualmente auditoria de las historias.	6	90	80
5	% de pacientes con TBC bacilifera en los que se inicia el estudio de contactos en ≤ 7 días.	<p>NUMERADOR: Pacientes en los que se inicia el estudio de contactos en ≤ 7 días</p> <p>DENOMINADOR: total de pacientes con TBC bacilifera naive atendidos en la unidad.</p>	Informes de microbiología. Informes de estudios de convivientes	Revisión de informes e informe del Director	8	100	70
6	Índice Sintético de Objetivos Compartidos	Ver tabla	Ver tabla	Ver tabla	8	10	0
<b>TOTAL DE PUNTOS EN OBJETIVOS ESPECIFICOS</b>					<b>40</b>		



## 8. FUNCIONES DE VALOR

### FUNCIONES DE VALOR DE OBJETIVOS COMUNES AÑO 2012

OBJETIVO Nº 1	OBJETIVO Nº 2	OBJETIVO Nº 3	OBJETIVO Nº 4	OBJETIVO Nº 5	OBJETIVO Nº 6	OBJETIVO Nº 6	OBJETIVO Nº 7	OBJETIVO Nº 8	OBJETIVO Nº 9	OBJETIVO Nº 10	Función de Valor	
Cumplimiento del presupuesto asignado	Absentismo	Demora en primeras consultas	Gestión de citas de consultas sucesivas	Consulta telemática de revisiones de pacientes	Índice de utilización de estancias	Estancias evitables	Tasa de Reclamaciones	Índice de impacto acumulado	Mortalidad	Grupo de Antibióticos	Función de Valor	
Cumple	< = 3,5	< = 20	> = 95	> = 25	< = 0,9	< = 100	< = 0	> = 20	< = 0,95	Cumple	10	
	> 3,5 - 3,61	> 20 - 24,44	< 95 - 93,33	< 25 - 23,33	> 0,9 - 0,91	> 100 - 101,11	> 0 - 0,11	< 20 - 19,44	> 0,95 - 0,97		9	
	> 3,61 - 3,72	> 24,44 - 28,89	< 93,33 - 91,67	< 23,33 - 21,67	> 0,91 - 0,92	> 101,11 - 102,22	> 0,11 - 0,22	< 19,44 - 18,89	> 0,97 - 0,98		8	
	> 3,72 - 3,83	> 28,89 - 33,33	< 91,67 - 90	< 21,67 - 20	> 0,92 - 0,93	> 102,22 - 103,33	> 0,22 - 0,33	< 18,89 - 18,33	> 0,98 - 1		7	
	> 3,83 - 3,94	> 33,33 - 37,78	< 90 - 88,33	< 20 - 18,33	> 0,93 - 0,94	> 103,33 - 104,44	> 0,33 - 0,44	< 18,33 - 17,78	> 1 - 1,02		6	
	> 3,94 - 4,06	> 37,78 - 42,22	< 88,33 - 86,67	< 18,33 - 16,67	> 0,94 - 0,96	> 104,44 - 105,56	> 0,44 - 0,56	< 17,78 - 17,22	> 1,02 - 1,03		5	
	> 4,06 - 4,17	> 42,22 - 46,67	< 86,67 - 85	< 16,67 - 15	> 0,96 - 0,97	> 105,56 - 106,67	> 0,56 - 0,67	< 17,22 - 16,67	> 1,03 - 1,05		4	
	> 4,17 - 4,28	> 46,67 - 51,11	< 85 - 83,33	< 15 - 13,33	> 0,97 - 0,98	> 106,67 - 107,78	> 0,67 - 0,78	< 16,67 - 16,11	> 1,05 - 1,07		3	
	> 4,28 - 4,39	> 51,11 - 55,56	< 83,33 - 81,67	< 13,33 - 11,67	> 0,98 - 0,99	> 107,78 - 108,89	> 0,78 - 0,89	< 16,11 - 15,56	> 1,07 - 1,08		2	
	> 4,39 - 4,5	> 55,56 - 60	< 81,67 - 80	< 11,67 - 10	> 0,99 - 1	> 108,89 - 110	> 0,89 - 1	< 15,56 - 15	> 1,08 - 1,1		1	
No cumple	> 4,5	> 60	< 80	< 10	> 1	> 110	> 1	< 15	> 1,1	No cumple	0	
<b>3</b>	<b>3</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>12</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	(30)	Peso relativo
											Resultado	
											Función de valor	
											Resultado ponderado	

**FUNCIONES DE VALOR DE OBJETIVOS DE RESULTADOS CLÍNICOS AÑO 2012**

OBJETIVO Nº 1	OBJETIVO Nº 2	OBJETIVO Nº 3	OBJETIVO Nº 4	OBJETIVO Nº 5	OBJETIVO Nº 6	Función de Valor	
ARN-VIH (carga viral VIH) a los 6 meses de tratamiento.	% de embarazadas VIH positivas que llegan al parto con carga viral de VIH negativa	Reducción ARN-VHC	Pacientes con candidemia sensible tratados con Fluconazol (se refiere a candidemias tratadas por facultativos de la unidad en planta o en el marco del programa de bacteriemias).	% de pacientes con TBC bacilifera en los que se inicia el estudio de contactos en ≤ 7 días.	Índice Sintético de Objetivos Compartidos con otras Unidades		
> = 65	> = 100	> = 50	> = 90	> = 100	10	<b>10</b>	
< 65 - 62,78	< 100 - 96,11	< 50 - 48,33	< 90 - 88,89	< 100 - 96,67	9	<b>9</b>	
< 62,78 - 60,56	< 96,11 - 92,22	< 48,33 - 46,67	< 88,89 - 87,78	< 96,67 - 93,33	8	<b>8</b>	
< 60,56 - 58,33	< 92,22 - 88,33	< 46,67 - 45	< 87,78 - 86,67	< 93,33 - 90	7	<b>7</b>	
< 58,33 - 56,11	< 88,33 - 84,44	< 45 - 43,33	< 86,67 - 85,56	< 90 - 86,67	6	<b>6</b>	
< 56,11 - 53,89	< 84,44 - 80,56	< 43,33 - 41,67	< 85,56 - 84,44	< 86,67 - 83,33	5	<b>5</b>	
< 53,89 - 51,67	< 80,56 - 76,67	< 41,67 - 40	< 84,44 - 83,33	< 83,33 - 80	4	<b>4</b>	
< 51,67 - 49,44	< 76,67 - 72,78	< 40 - 38,33	< 83,33 - 82,22	< 80 - 76,67	3	<b>3</b>	
< 49,44 - 47,22	< 72,78 - 68,89	< 38,33 - 36,67	< 82,22 - 81,11	< 76,67 - 73,33	2	<b>2</b>	
< 47,22 - 45	< 68,89 - 65	< 36,67 - 35	< 81,11 - 80	< 73,33 - 70	1	<b>1</b>	
< 45	< 65	< 35	< 80	< 70	0	<b>0</b>	
<b>6</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	(0)	Peso relativo
						<b>Resultado</b>	
						<b>Función de valor</b>	
						<b>Resultado ponderado</b>	





## ANEXO 1. NECESIDADES PARA LOGRAR LOS OBJETIVOS DE RESULTADOS CLÍNICOS

OBJETIVO:	
NECESIDADES	
FORMACIÓN	
INVESTIGACIÓN	
TECNOLOGÍA	
ORGANIZACIÓN	
“HORAS DE EXPERTO”	
COSTE DE LAS NECESIDADES	
FECHA EN LA QUE SE CUBREN LAS NECESIDADES	



**ANEXO 2. OBJETIVOS CRÍTICOS**

**TABLA RESUMEN DE OBJETIVOS CRÍTICOS: AÑO 2012**

OBJETIVOS CRÍTICOS INFECCIOSOS						
ÁREA	OBJETIVO	INDICADOR		PESO	LÍM.SUPERIOR (ÓPTIMO)	LÍM.INFERIOR
FARMACIA	CONTROL DEL CONSUMO INTERNO EN FARMACIA	7.999.686	CUMPLIMIENTO DEL PRESUPUESTO ASIGNADO (GASTO<=PRESUPUESTO)	90	CUMPLE	NO CUMPLE
	<b>INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES (IBP)</b> <sup>(2)</sup>	IBP	% DDD OMEPRAZOL / DDD IBP	6	90	74
	PRESCRIPCIÓN POR PRINCIPIO ACTIVO <sup>(2)</sup>	PRINC ACT	Nº DE RECETAS CON PRESCRIPCIÓN POR PA X100/Nº TOTAL DE RECETAS PRESCRITAS	4	80	70
<b>TOTAL DE PESOS ASIGNADOS A OBJETIVOS CRÍTICOS</b>				<b>0</b>		
<sup>(1)</sup> . EL DETALLE DE LOS PRODUCTOS INCLUIDOS SERÁ FACILITADO POR LA DIRECCIÓN ECONÓMICO-ADMINISTRATIVA						
<sup>(2)</sup> . LA VALORACIÓN DEL OBJETIVO SE REALIZARÁ SI SE ALCANZA UN Nº DE RECETAS POR CONSULTA IGUAL AL Nº DE RECETAS POR CONSULTA ESTÁNDAR PARA LA ESPECIALIDAD						

**FUNCIONES DE VALOR DE OBJETIVOS CRÍTICOS AÑO 2012**

OBJETIVO Nº 1	OBJETIVO Nº 2	OBJETIVO Nº 3	Función de Valor	
CONTROL DEL CONSUMO INTERNO EN FARMACIA	INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES (IBP)	PRESCRIPCIÓN POR PRINCIPIO ACTIVO		
Cumple	> = 90	> = 80	<b>10</b>	
	< 90 - 88,22	< 80 - 78,89	<b>9</b>	
	< 88,22 - 86,44	< 78,89 - 77,78	<b>8</b>	
	< 86,44 - 84,67	< 77,78 - 76,67	<b>7</b>	
	< 84,67 - 82,89	< 76,67 - 75,56	<b>6</b>	
	< 82,89 - 81,11	< 75,56 - 74,44	<b>5</b>	
	< 81,11 - 79,33	< 74,44 - 73,33	<b>4</b>	
	< 79,33 - 77,56	< 73,33 - 72,22	<b>3</b>	
	< 77,56 - 75,78	< 72,22 - 71,11	<b>2</b>	
	< 75,78 - 74	< 71,11 - 70	<b>1</b>	
No cumple	< 74	< 70	<b>0</b>	
<b>90</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	(0)	Peso relativo
			Resultado	
			Función de valor	
			Resultado ponderado	

### ANEXO 3. LISTADO DE LOS PROFESIONALES QUE COMPONEN LA UNIDAD

Información suministrada por la Dirección E.-A. De Personal basada en el listado de personal de la unidad que se utilizó para el CRP 2010. En caso de ser necesario realizar alguna modificación, se comunicará la incidencia al Servicio de Personal hasta el día 28 de febrero del año a que corresponde el Acuerdo. En los dos primeros meses del año siguiente a la finalización del Acuerdo, el Servicio de Personal se dirigirá a la Unidad, para actualizar la relación de personal. No se realizarán actualizaciones del presente Acuerdo, por el hecho de que existan incorrecciones en la relación del personal adscrito a la Unidad

UGC DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS					
APELLIDOS Y NOMBRE	CATEGORIA	ESPECIALIDAD	TIPO NOMBRAMIENTO	VINCULACION	% DEDICACION
ACEITUNO PEREZ, ROSARIO	ENF.SUPERV	SUPERVISOR ENFERMERIA	PLANTILLA	TOTAL	
BAENA GONZALEZ, ANTONIA	AX.ENFERMER.	AUXILIAR DE ENFERMERIA	PLANTILLA	TOTAL	
BONILLA DELGADO, PILAR	AX.ENFERMER.	AUXILIAR DE ENFERMERIA	PLANTILLA	TOTAL	
BURGOS LUQUE, CONCEPCION	AX.ENFERMER.	AUXILIAR DE ENFERMERIA	PLANTILLA	TOTAL	
CAMACHO ESPEJO, ANGELA M	MED.FAM.SCCU	MEDICO FAMILIA SCCU	EVENTUAL	TOTAL	
CANTERO ARELLANO, FRANCISCA	AX.ENFERMER.	AUXILIAR DE ENFERMERIA	PLANTILLA	TOTAL	
CANTUESO MENDEZ, INMACULADA	AUX.ADMINIST	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	PLANTILLA	TOTAL	
CREVILLEN DEL, PILAR	ENFERM./ATS	A.T.S./D.U.E.	PLANTILLA	TOTAL	
DE LA TORRE CISNEROS, JULIAN	ADJ/ESP.AREA	FEA DE MEDICINA INTERNA	PLANTILLA	TOTAL	
DELGADO CACERES, ANGELES	ENFERM./ATS	A.T.S./D.U.E.	PLANTILLA	TOTAL	
ESCRIBANO DURAN, SARA	ENFERM./ATS	A.T.S./D.U.E.	PLANTILLA	TOTAL	
FERNANDEZ BARBERO, MARIA VALL	AX.ENFERMER.	AUXILIAR DE ENFERMERIA	PLANTILLA	TOTAL	
FRANCO SANTOS, LAURA	ENFERM./ATS	A.T.S./D.U.E.	SUSTITUCION	TOTAL	
GALLEGO ROMERO, ISABEL	AX.ENFERMER.	AUXILIAR DE ENFERMERIA	PLANTILLA	TOTAL	
GARCIA GALVEZ, M DOLORES	ENFERM./ATS	A.T.S./D.U.E.	PLANTILLA	TOTAL	
GARCIA LAZARO, MILAGROS	ADJ/ESP.AREA	FEA DE MEDICINA INTERNA	SUSTITUCION	TOTAL	
GOMEZ GOMEZ, MANUEL ANG	AX.ENFERMER.	AUXILIAR DE ENFERMERIA	PLANTILLA	TOTAL	
GOMEZ HENS, JOSEFA	AX.ENFERMER.	AUXILIAR DE ENFERMERIA	PLANTILLA	TOTAL	
GONZALEZ BRAVO, MANUEL	ENFERM./ATS	A.T.S./D.U.E.	PLANTILLA	TOTAL	
HERMOSO HERMOSO, M. DOLORES	TRABAJADORA SOCIAL	TRABAJADORA SOCIAL	PLANTILLA	PARCIAL	50%



JURADO JIMENEZ, RAFAEL	ADJ/ESP.AREA	FEA DE MEDICINA INTERNA	PLANTILLA	TOTAL	
KINDELAN JAQUOTOT, JOSE	ADJ/ESP.AREA	FEA DE MEDICINA INTERNA	PLANTILLA	TOTAL	
MOLINA CABEZAS, ANTONIO	AX.ENFERMER.	AUXILIAR DE ENFERMERIA	PLANTILLA	TOTAL	
MORILLA PEREZ, MARIA JOSE	AX.ENFERMER.	AUXILIAR DE ENFERMERIA	SUSTITUCION	TOTAL	
MURIANA MARQUEZ, JOSEFA	AX.ENFERMER.	AUXILIAR DE ENFERMERIA	PLANTILLA	TOTAL	
NATERA KINDELAN, CLARA	ADJ/ESP.AREA	FEA DE MEDICINA INTERNA	INTERINO VACANTE	TOTAL	
ORTIZ JIMENEZ, MARIA CONS	ENFERM./ATS	A.T.S./D.U.E.	PLANTILLA	TOTAL	
PEREZ MADRIGAL, EVA MARIA	ENFERM./ATS	A.T.S./D.U.E.	SUSTITUCION	TOTAL	
RIVERO ROMAN, ANTONIO	JEFE SECCION	JEF. SC. MEDICINA INTERNA	PLANTILLA	TOTAL	
ROJAS SERRANO, ANA	AX.ENFERMER.	AUXILIAR DE ENFERMERIA	SUSTITUCION	TOTAL	
ROMERO HERAS, MARIA JOSE	AX.ENFERMER.	AUXILIAR DE ENFERMERIA	PLANTILLA	TOTAL	
RUMBAO AGUIRRE JOSE	ADJ/ESP.AREA	FEA DE PEDIATRIA	EVENTUAL	PARCIAL	20%
SANJURJO DIZ, MARIA DEL	ENFERM./ATS	A.T.S./D.U.E.	PLANTILLA	TOTAL	
SEGADOR GOMEZ, AURELIANA	ENFERM./ATS	A.T.S./D.U.E.	PLANTILLA	TOTAL	
SERRANO CANO, MARIA SIER	AX.ENFERMER.	AUXILIAR DE ENFERMERIA	PLANTILLA	TOTAL	
VEGA CARMONA, ANA MARIA	ENFERM./ATS	A.T.S./D.U.E.	SUSTITUCION	TOTAL	
VIDAL VERDU, ELISA	ADJ/ESP.AREA	FEA DE MEDICINA INTERNA	PLANTILLA	TOTAL	
VIÑAS SERRANO, MARIA TERE	AX.ENFERMER.	AUXILIAR DE ENFERMERIA	INTERINO VACANTE	TOTAL	