



UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR
Código SIAGC: UGC000217

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 Cirugía Cardiovascular y en su nombre D. Ignacio Muñoz Carvajal, 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. Ignacio Muñoz Carvajal

Fdo.: D. José Manuel Aranda Lara

RESPONSABLE DE ENFERMERÍA

Fdo.: Dña. Araceli Campaña Blanco

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 interdisciplinares 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 **Provisional**, 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.

Eliminado: Previsional



- 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: 2008

Resultados 2007-2010:

Indicador	2007	2008	2009	2010
IUE	1.13	0.87	0.47	0.37
Índice Casuístico	4.30	4.54	4.81	5.38
Estancias evitables	2078	-1845	-6050	-7098.86
Tasa de úlceras por presión	2	2	0	1
% Reingresos	0.81	0.56	0.80	0.11
% Mortalidad	4.84	3.29	2.29	1.81
Estancia Preoperatoria (Si aplica)	7.20	4.62	1.74	1.65
% Cesáreas (si aplica)	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica
Puntuación global de la unidad (CRP)	No datos	8,21	9,72	9,35
% coste sobre total HURS	3.29	3.24	2.79	3.05

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 Cirugía Cardiovascular 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 2011 en Capítulo I de la Unidad \leq Presupuesto asignado en Cap.I para 2011

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 2011 para recoger las posibles incidencias que se produzcan.

Objetivo número 2: La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Cardiovascular 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 *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

Objetivo número 3: Uso racional del Material Ortoprotésico

La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Cardiovascular se marca como Objetivo para el año 2012 el Uso racional del Material Ortoprotésico, para ello se compromete a cumplir el presupuesto asignado. (Ver detalle de la cuantía en apartado de Cuenta de Resultados)

Indicador: Uso racional del Material Ortoprotésico: Cumplimiento del presupuesto asignado

Fórmula: Gasto en material ortoprotésico \leq Presupuesto asignado

Fuente: Coahn-HyD

Eliminado: Coan

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

Peso: 2

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

ÁREA: Accesibilidad

Objetivo número 4. La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Cardiovascular se marca como objetivo para el año 2012 garantizar que ningún paciente espere más de 180 días de espera en AGD según se recoge en el Anexo 1 del Decreto de Garantía de Plazo de Respuesta, ni más de 120 días para aquellos procedimientos afectados por la Orden de 20 de Diciembre de 2006.

Si el número de pacientes por encima de 180 días y/o el número de pacientes por encima de 120 días es \geq 1, el resultado en este objetivo será cero.

Las Unidades de Gestión Clínica Quirúrgicas tendrán acceso a su propia Lista de Espera Quirúrgica. El director de la Unidad Clínica certificará mensualmente la situación real de dicha lista.

Se realizará una gestión de colas adecuada, interviniéndose dentro de un mismo proceso a aquellos que tengan más antigüedad.

OBJETIVO 4: MEJORAR LA GESTIÓN DE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA (LEQ):

PESO: 28

Índice sintético compuesto por los siguientes Indicadores:

Eliminado: Índice

1.- LEQ en Procesos de 120 días (Procedimientos afectados por la Orden de 20 de Diciembre de 2006)

Fórmula: Percentil 97 de la demora en Procesos de 120 días (APLICA a pacientes intervenidos y con situación garantía = garantía contando)

Límite Superior (óptimo) /Límite Inferior: 90 / 120 días

Fuente: AGD.

Metodología de Evaluación: Explotación del AGD e Informe del Jefe de Servicio de Sistemas de Información con el resultado obtenido

Peso: 40% del peso total del objetivo

Periodicidad: mensual

Eliminado : mensual

2.- LEQ en Procesos de 180 días (Procedimientos afectados por Anexo 1 del Decreto de garantía de plazo de respuesta):

Fórmula: Percentil 97 de la demora en Procesos de 180 días (APLICA a pacientes intervenidos y con situación garantía = garantía contando)

Límite Superior (óptimo) /Límite Inferior: 150 / 180 días

Fuente: AGD.

Metodología de Evaluación: Explotación del AGD e Informe del Jefe de Servicio de Sistemas de Información con el resultado obtenido

Peso: 40% del peso total del objetivo

Periodicidad: mensual

Eliminado : mensual

3.- %Pacientes en situación transitoriamente no programable

Fórmula: (Nº de pacientes TNP / Total de pacientes incluidos en el anexo) x 100

Límite Superior (óptimo) /Límite Inferior: <6 % / >9%

Fuente: AGD

Metodología de Evaluación: Explotación del AGD e Informe de la Dirección Médica.

Peso: 20% del peso total del objetivo

Periodicidad: mensual

Eliminado : mensual

Si el 97% de los pacientes en LEQ están entre los intervalos siguientes:

ÍNDICE SINTÉTICO LEQ			
Procesos < 120 días	Procesos < 180 días	% PTNP	Función de Valor
<= 90 DÍAS	<= 150 DÍAS	<= 6	10
> 90 - 93	> 150 - 153	> 6 - 6,33	9
> 93 - 96	> 153 - 156	> 6,33 - 6,67	8
> 96 - 100	> 156 - 160	> 6,67 - 7	7
> 100 - 103	> 160 - 163	> 7 - 7,33	6
> 103 - 106	> 163 - 166	> 7,33 - 7,67	5
> 106 - 110	> 166 - 170	> 7,67 - 8	4
> 110 - 113	> 170 - 173	> 8 - 8,33	3
> 113 - 116	> 173 - 176	> 8,33 - 8,67	2
> 116 - 120	> 176 - 180	> 8,67 - 9	1
> 120 DÍAS	> 180 DÍAS	> 9	0
p1= 40	p2= 40	P3= 20	100 Peso relativo
			Resultado
			R. obtenido (FV)
A	B	C	R. ponderado



El Índice Sintético se calcula como media ponderada de los resultados obtenidos en cada indicador, según la fórmula: $(A+B+C/100)$, en función de los tramos de valoración asignados para cada indicador.

Objetivo número 5. La Unidad de Gestión Clínica de de Cirugía Cardiovascular se marca como objetivo para el año 2012 mejorar su producción quirúrgica. Para ello se compromete a incrementar un **7%** el número de intervenciones en sesión ordinaria de mañana en relación al año 2010

Si el número de pacientes por encima de 180 días y/o el número de pacientes por encima de 120 días es ≥ 1 , el resultado en este objetivo será cero.

PESO DEL OBJETIVO: 5

Indicador: Incremento del rendimiento de quirófano

Fórmula: media de intervenciones realizadas en sesión ordinaria de mañana

Fuente: SSII

Metodología de Evaluación: Explotación del registro de intervenciones (HIS) e Informe del Servicio de Sistemas de Información con el resultado obtenido

Límite Superior (Óptimo)/Límite Inferior: 1.99/1.86 (Cierre 2010)

Periodicidad: mensual

Eliminado: Indicador :

Eliminado: Superior(

Eliminado: : 1.99

Eliminado: : mensual

Situación de Cierre 2010	
UGC de Cirugía Cardiovascular	1.86

Objetivo número 6: La Unidad de Gestión Clínica de UGC de Cirugía Cardiovascular 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: 3

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

Eliminado: Superior(

Objetivo número 7. La Unidad de Gestión Clínica de UGC de Cirugía Cardiovascular 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: N° consultas sucesivas dadas por la Unidad de Gestión Clínica x 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: 3

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

Eliminado: Superior(

Observaciones: Se monitorizará el indicador de forma mensual. La evaluación se realizará de acuerdo con el resultado a 31 de Diciembre de 2012.

ÁREA: Uso Racional del Medicamento: Ver Objetivos críticos

ÁREA: Hospitalización

Objetivo número 8: La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Cardiovascular se marca como objetivo para el año 2012, mantener el índice de utilización de estancias igual o inferior a 0,90.

Indicador: 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: 3

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 8.B) La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Cardiovascular se marca como objetivo para el año 2012 mantener el número de estancias evitables.

Indicador: Mantener las estancias evitables.

Fórmula: No aplica

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

Fuente: CMBD

Metodología de Evaluación: Informe de la UGC con el resultado obtenido.

Peso del subindicador: 3

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

Objetivo número 9. La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Cardiovascular 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: Nº 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 Cirugía Cardiovascular desarrolla su investigación en las siguientes líneas de investigación:

1.- TRATAMIENTO DE PATOLOGÍA DE LOS ANEURISMAS DE AORTA TORÁCICA Y ABDOMINAL
2.- INSUFICIENCIA MITRAL
3.- TERAPIA CELULAR
4.- ASISTENCIA CIRCULATORIA Y RESPIRATORIA

Eliminado: ¶

Con formato: Fuente: 8 pt

Objetivo nº 10: FOMENTAR LA INVESTIGACIÓN ENTRE LOS PROFESIONALES

Eliminado: ¶

Eliminado: PESO: 5 PUNTOS¶

La UGC de Cirugía Cardiovascular 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 1 miembros del servicio

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 1 miembros del servicio. 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: 10 / 5

PUBLICACIONES QUE SE CONSIDERAN: Originales, editoriales, cartas con material original (pero no cartas de opinión) y revisiones.

PUBLICACIONES QUE NO SE CONSIDERAN: Las comunicaciones o abstract publicados, cartas de opinión.

COMPENSACIONES

Un trabajo en primer decil, o 2 en primer cuartil, equivale a 5 puntos de impacto.

Una patente compensa 10 puntos de impacto

Cada 10,000 euros de financiación destinada a la investigación (contratos con empresas, proyectos competitivos de financiación pública o privada, el tercio de la compensación para ensayos clínicos destinados a I+D) y que sean gestionados por FIBICO, compensan 1 punto de impacto

Objetivo nº 11: La UGC de Cirugía Cardiovascular 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

Peso: 1

Eliminado: 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: 10/5¶

Eliminado: ¶
Situación de partida (valor de referencia): Desconocida¶
¶

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 ~~conocer~~ 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:

Eliminado: conocerdor

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.

Eliminado: desde

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA UGC DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

OBJETIVO ESPECÍFICO 1
DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2.012 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD
Disminuir mortalidad en pacientes incluidos en Lista de Espera Quirúrgica electiva a un 5% anual del total de pacientes.
Peso que se le asignaría al Objetivo: 3
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): Tasa de mortalidad anual en pacientes de cirugía cardiovascular incluidos en lista de espera quirúrgica electiva. Fórmula: Numerador x 100 / Denominador. NUMERADOR: Total de pacientes que fallecen de los incluidos en la lista de espera quirúrgica electiva en el mismo periodo que en el denominador. DENOMINADOR: Total de pacientes incluidos en lista de espera quirúrgica electiva entre octubre de 2011 y septiembre de 2012. Criterio de Cumplimiento: ≤ 5 % / año. Fuente de Información: (1) Para pacientes ingresados que hayan fallecido: CMBD – Estudio específico Comisión de Mortalidad del HURS. Libro de espera quirúrgica. (2) Para pacientes en espera pre ingreso que hayan fallecido: contacto telefónico (se realiza en la actualidad). Metodología de evaluación: Análisis Censal de la Mortalidad anual de los pacientes incluidos en lista de espera quirúrgica electiva (cirugía cardiovascular): cruzar datos de identificación de los pacientes con mortalidad de causa cardiovascular. Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior: 5 % / 10 % Situación de partida (valor de referencia): en años anteriores aproximadamente un 25 % (debido al elevado tiempo de espera que se ha reducido drásticamente).
En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o unidades de gestión clínica, enumerar dichas unidades:
Compartido con: NO
Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:



OBJETIVO ESPECÍFICO 2
DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2.012 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD
Ajustar mortalidad a predictor de riesgo EUROSCORE (<i>European System for Cardiac Operative Risk Evaluation</i>) en valores de +/- 5% en cirugía programada.
Peso que se le asignaría al Objetivo: 3
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): Tasa de mortalidad intrahospitalaria pos cirugía cardíaca programada estratificada por grupos de riesgo (aplicando la escala "Euroscore").
Fórmula: Numerador x 100 / Denominador (por estratos de riesgo). NUMERADOR: Éxitos según grupos de riesgo de Euroscore estándar de predicción de mortalidad en el mismo periodo que en el denominador. DENOMINADOR: Total de pacientes estratificados por grupos de riesgo según escala Euroscore sometidos a cirugía cardíaca programada entre octubre de 2011 y septiembre de 2012. Criterio de Cumplimiento: Euroscore estándar (para estratos de riesgo: bajo, intermedio y alto). Se excluyen: pacientes operados en el hospital infantil. Fuente de Información: Registro específico + CMBD (pacientes previamente identificados y en los que se ha establecido su pertenencia al grupo de riesgo que le corresponda). Metodología de evaluación: Aplicación de la prueba Euroscore estándar y logística antes de la cirugía y estratificación de los pacientes según los correspondientes grupos de riesgo. Comparación de los resultados obtenidos. Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior: euroscore estándar según estrato de riesgo / + 5 % Situación de partida (valor de referencia):
En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o unidades de gestión clínica, enumerar dichas unidades:
Compartido con: UCI – ADULTOS.
Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:



OBJETIVO ESPECÍFICO 3
DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2.012 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD
Las Infecciones nosocomiales en el postoperatorio de Cirugía cardíaca programada serán < 7%
Peso que se le asignaría al Objetivo: 2.8
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): Densidad de incidencia de infecciones nosocomiales en cirugía cardíaca programada.
Fórmula: Densidad de incidencia de Infecciones Nosocomiales en cirugía cardíaca programada por cada 1.000 pacientes / día. NUMERADOR: Número de infecciones nosocomiales en cirugía cardíaca programada en un año. DENOMINADOR: Número de pacientes / día en cirugía cardíaca programada.
Criterio de Cumplimiento: valoración de al menos el 50 % de los ingresos. Criterios del CDC.
Fuente de Información: Datos específicos recogidos por el Servicio de Medicina Preventiva.
Metodología de evaluación: Auditoría e informe del Servicio de Medicina Preventiva.
Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior: 6 % / 7 %
Situación de partida (valor de referencia):
En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o unidades de gestión clínica, enumerar dichas unidades:
Compartido con: Servicio de Medicina Preventiva.
Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:



OBJETIVO ESPECÍFICO 4
DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2.012 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD
Tasa de reingresos urgentes antes de 30 días por el mismo grupo diagnóstico de la escala CIE-9, en pacientes operados de cirugía cardíaca y valvular, será < del 3%.
Peso que se le asignaría al Objetivo: 2.8
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): Tasa de reingresos urgentes antes de los 30 días por el mismo diagnóstico, en pacientes operados de cirugía cardíaca y valvular. Fórmula: Numerador x 100 / Denominador. NUMERADOR: Pacientes a los que realiza cirugía cardíaca y valvular que requieren ingreso urgente en el hospital por el mismo diagnóstico en los siguientes 30 días tras el alta (mismo periodo que en el denominador). DENOMINADOR: Total de pacientes a los que se realiza cirugía cardíaca y valvular en el año (periodo octubre 2011 – septiembre 2010). Criterio de Cumplimiento: tasa inferior al 3 %. Fuente de Información: CMBD. Metodología de evaluación: Explotación del CMBD. Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior: 1 % / 3% Situación de partida (valor de referencia): datos de los cuatro años anteriores: 1,50/ 1,50/ 1,20/ 0,86
En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o unidades de gestión clínica, enumerar dichas unidades:
Compartido con:
Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:

- Eliminado: 0,6
- Eliminado: 1
- Con formato: Color de fuente: Añil
- Eliminado: 0,81
- Eliminado: 0,56
- Eliminado: 0,80
- Eliminado: 11



OBJETIVO ESPECÍFICO 5
DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2.012 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD
Implantar la historia digital en hospitalización y la prescripción digital.
Peso que se le asignaría al Objetivo: 2.8
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): Implantación de la historia digital en hospitalización y la prescripción digital. Fórmula: Si / No NUMERADOR: no aplica DENOMINADOR: no aplica Criterio de Cumplimiento: implantación. Fuente de Información: UGC – servicio de informática del HURS. Metodología de evaluación: observación directa. Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior: cumple / no cumple. Situación de partida (valor de referencia):
En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o unidades de gestión clínica, enumerar dichas unidades:
Compartido con:
Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:



OBJETIVO ESPECÍFICO 6
DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2.012 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD
Mantener / Disminuir la tasa de amputación de extremidad inferior en pacientes diabéticos en valores estándar / históricos alcanzados en el HURS.
Peso que se le asignaría al Objetivo: 2.8
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): Tasa de amputación no traumática de extremidad inferior en pacientes diabéticos ingresados en la UGC de Cg. Cardiovascular. Fórmula: Numerador x 100 / Denominador. NUMERADOR: Total de pacientes con diabetes que sufren amputación de extremidad inferior en la UGC de Cirugía Cardiovascular, durante el mismo periodo que en el denominador. Incluye los códigos de 84.10 a 84.17 como diagnóstico principal (códigos de la CIE-9MC). DENOMINADOR: Área de Influencia de la UGC de Cg. Cardiovascular: habitantes de Córdoba capital. Criterio de Cumplimiento: según estándares / tendencia histórica del hospital. Tendencia decreciente. Se excluyen los pacientes procedentes de fuera del área de influencia establecida. Fuente de Información: CMBD. Metodología de evaluación: Explotación del CMBD Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior: - 1 % / + 1 % (del valor medio de los 3 años anteriores Situación de partida (valor de referencia): pendiente de aportar los datos de años anteriores.
En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o unidades de gestión clínica, enumerar dichas unidades:
Compartido con:
Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:



OBJETIVO ESPECÍFICO 7
DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2.012 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD
Implantar criterios de prioridad para definir demoras en procedimientos quirúrgicos, en función del perfil clínico de los pacientes y su riesgo estimado (consenso sobre demoras quirúrgicas de la SEC y SECCV), en más del 80% de pacientes valorados en el momento de su inclusión en lista de espera.
Peso que se le asignaría al Objetivo: 2.8
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 incluidos en lista de espera quirúrgica a los que se les han aplicado los criterios de prioridad según perfil clínico y riesgo estimado definidos por la UGC de Cirugía Cardiovascular.
Fórmula: Numerador x 100 / Denominador. NUMERADOR: Total de pacientes del denominador a los que se les han aplicado los criterios de prioridad definidos. DENOMINADOR: Total de pacientes incluidos en lista de espera quirúrgica en 2012.
Criterio de Cumplimiento: se aplica a partir del mes de mayo.
Fuente de Información: Libro de Demanda Quirúrgica (UGC).
Metodología de evaluación: Auditoría de registro de Libro de Demanda Quirúrgica comprobando anotación de puntuación según aplicación de los criterios de prioridad.
Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior: 85 % / 75 %
Situación de partida (valor de referencia): no se dispone.
En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o unidades de gestión clínica, enumerar dichas unidades:
Compartido con:
Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:

Eliminado: ..



OBJETIVO ESPECÍFICO 8
DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2.012 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD
Valoración clínica preoperatoria del 80% de pacientes propuestos para Cirugía cardíaca en nuestro centro hospitalario.
Peso que se le asignaría al Objetivo: 2.8
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 propuestos para Cirugía Cardíaca que presentan valoración clínica preoperatoria.
Fórmula: Numerador x 100 / Denominador. NUMERADOR: Pacientes propuestos para Cirugía Cardíaca que presentan valoración clínica preoperatoria "estándar / consensuada". DENOMINADOR: Total de pacientes propuestos para Cirugía Cardíaca.
Criterio de Cumplimiento: Se establecen de forma consensuada con la UGC que propone a CCV los criterios concretos de valoración clínica preoperatoria que permitan la posterior evaluación de la indicación clínica de intervención quirúrgica cardiovascular.
Fuente de Información: partes de solicitud de Cirugía Cardíaca - Interconsulta de la UGC "solicitante" (UGC de Cardiología).
Metodología de evaluación: Auditoría (p=q=0.5. Error admisible: 10 %) sobre el volumen total de solicitudes – interconsultas de Cirugía CCV).
Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior: 80 % / 70 %
Situación de partida (valor de referencia):
En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o unidades de gestión clínica, enumerar dichas unidades:
Compartido con:
UGC CARDIOLOGÍA.
Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:



OBJETIVO ESPECÍFICO 9
DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2.012 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD
Mejora el mantenimiento y los cuidados asociados a la utilización de los dispositivos de acceso venosos para disminuir la incidencia de flebitis , infecciosas e inflamatorias, en los pacientes ingresados, con estancias superiores a 48 horas, en la UCG de Cirugía Cardiovascular.
Peso que se le asignaría al Objetivo: 2.8
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): Incidencia de flebitis . Fórmula: Numerador x 100 / Denominador. NUMERADOR: Nº total de pacientes con flebitis infecciosas e inflamatorias (Códigos de CIE-9-CM 996.62 y códigos adicionales para identificar infecciones especificadas) x 100. DENOMINADOR: Nº de pacientes con procesos médicos o quirúrgicos, con vía insertada más de 48 horas. Criterio de Cumplimiento: Disminución del número de flebitis en pacientes con estancias superiores a 48 horas. Fuente de Información: Informe de Alta y CMDB. En caso de sospecha de infradiagnóstico: cortes de incidencia mensuales de la UGC de CCV. Metodología de evaluación: Aplicación de CMDB. Límite Superior (óptimo): 2,5 % / Límite Inferior: 3 % Situación de partida (valor de referencia): pendiente de datos 2011.
En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o unidades de gestión clínica, enumerar dichas unidades:
Servicio de Medicina Preventiva.
Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:
Cultura de codificación habitual de flebitis en el documento de alta.

OBJETIVO ESPECÍFICO 10	
DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2.012 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD	
La tasa de pacientes con TVP en el postoperatorio de CCV será menor o igual a 3%	
Peso que se le asignaría al Objetivo: 2.8	
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): Porcentaje de pacientes intervenidos en la UGC DE CCV que desarrollan TVP durante el posoperatorio.	Eliminado: a
Fórmula: Numerador x 100 / Denominador.	
NUMERADOR: Total de intervenciones quirúrgicas de CCV del denominador que desarrollan TVP en el posoperatorio.	Eliminado: em
DENOMINADOR: Total de intervenciones quirúrgicas de CCV / año.	
Criterio de Cumplimiento:	
Fuente de Información: Si los Informes de Alta están bien cumplimentados (sobre todo en los campos diagnósticos secundarios y otros procedimientos), sería suficiente con el CMBD.	
Metodología de evaluación: Explotación del CMBD.	
Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior: 2 % / 3 %	
Situación de partida (valor de referencia):	
En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o unidades de gestión clínica, enumerar dichas unidades:	
Compartido con:	
NO.	
Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:	



OBJETIVO ESPECÍFICO 11
DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2012 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD
La tasa de pacientes con UUP en el postoperatorio de CCV será <1%
Peso que se le asignaría al Objetivo: 2.8
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 úlceras por presión que aparecen en los pacientes de la UGC de Cirugía Cardiovascular que ingresan en la UGC libres de úlceras por presión.
Fórmula: Numerador x 100 / Denominador. NUMERADOR: Nº de pacientes que desarrollan UPP durante su ingreso. DENOMINADOR: Nº total de pacientes que ingresan sin UPP
Criterio de Cumplimiento:
Fuente de Información: Auditoría interna. SISTEMA DE INFORMACIÓN AZAHAR.
Metodología de evaluación: Realización de cortes de incidencia
Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior: 0,6 % / 1,6 %
Situación de partida (valor de referencia): Pendiente resultados 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:
Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:



OBJETIVO ESPECÍFICO 12
DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2.012 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD
El número de encuestas de satisfacción con el servicio recibido autocumplimentadas debe ser superior al 50 %. Imprescindible para obtener resultados significativos.
Peso que se le asignaría al Objetivo: 2.8
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):
<p>Indicador (título): Tasa de respuesta de encuestas autocumplimentadas de satisfacción Fórmula: Numerador x 100 / Denominador. NUMERADOR: Total de encuestas de satisfacción autocumplimentadas en los pacientes incluidos en el denominador. DENOMINADOR: Total de altas en la UGC de Cg. Cardiovascular en el año. Criterio de Cumplimiento: como mínimo el 80 % de los ítems incluidos en la encuesta. Fuente de Información: Encuesta específica autocumplimentable. CMBD (para el denominador). Metodología de evaluación: cálculo de la tasa de respuesta de encuestas autocumplimentadas que recogen <u>respuestas</u> de 8 o más de 8 de 10 ítems. Numerador: Recuento Censal. Denominador: total de altas. Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior: 50 % / 40 % Situación de partida (valor de referencia): 40 %.</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:
Atención al Usuario
Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:

Eliminado: respuestas

OBJETIVO ESPECÍFICO NÚMERO 13.

La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Cardiovascular 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 Cumplimiento 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.

PROPUESTO POR:	TÍTULO DEL OBJETIVO	PESOS
UGC DE FARMACIA	INCORPORACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA EN EL SISTEMA DE DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIAS (SDMDU)	6
OBJETIVO COMPARTIDO / PESO GLOBAL		6

Eliminado: 1,8

Tabla con formato

Con formato: Centrado

Eliminado: Índice

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 DE OBJETIVOS COMUNES AÑO 2012

Dimensión Ponderación	Nº	Nombre del Indicador	Fórmula del indicador	Fuente de Información	Metodología de evaluación	Peso	Límite Superior	Límite Inferior
Área Capítulo I	1	Cumplimiento del presupuesto asignado	Gasto en CAPII del Servicio / Presupuesto asignado	Gerhonte	Explotación del Sistema de Información e Informe de la Dirección Económica con el resultado obtenido	3	Si 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%
Área. Capítulo II y IV	3	Uso racional del Material Ortoprotésico	Gasto de material ortoprotésico ≤ Presupuesto asignado	Coanh	Explotación del Sistema de Información e Informe de la Dirección Económica con el resultado obtenido	2	Si cumple	No cumple
Área Accesibilidad	4	Demora AGD Índice sintético LEQ	Pacientes incluidos en AGD que se intervienen en plazo previsto x 100 / nº total de pacientes registrados en AGD	AGD	Explotación del Sistema de Información e Informe con el resultado obtenido	28	10	0
	5	Incremento del rendimiento del quirófano	Incremento en el número de intervenciones en sesiones ordinarias de quirófano	SSII	Explotación del Sistema de Información e Informe con el resultado obtenido	5	1.99	1.86
	6	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	3	20días	60días
	7	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	3	95%	80%
Área Hospitalización	8	Índice sintético de gestión de estancias	Ver tabla	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	6	10	0



Dimensión Ponderación	Nº	Nombre del Indicador	Fórmula del indicador	Fuente de Información	Metodología de evaluación	Peso	Límite Superior	Límite Inferior
Área Orientación a ciudadanos y medida de la satisfacción	9	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
Área Fomentar la investigación entre los profesionales	10	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	10	5
Área Mortalidad	11	Razón estandarizada de mortalidad del HURS.	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

Eliminado: explotación

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	Tasa de mortalidad anual en pacientes de cirugía cardiovascular incluidos en lista de espera quirúrgica electiva.	Fórmula: Numerador x 100 / Denominador. NUMERADOR: Total de pacientes que fallecen de los incluidos en la lista de espera quirúrgica electiva en el mismo periodo que en el denominador. DENOMINADOR: Total de pacientes incluidos en lista de espera quirúrgica electiva entre octubre de 2011 y septiembre de 2012.	Fuente de Información: (1) Para pacientes ingresados que hayan fallecido: CMBD – Estudio específico Comisión de Mortalidad del HURS. Libro de espera quirúrgica. (2) Para pacientes en espera pre ingreso que hayan fallecido: contacto telefónico (se realiza en la actualidad).	Metodología de evaluación: Análisis Censal de la Mortalidad anual de los pacientes incluidos en lista de espera quirúrgica electiva (cirugía cardiovascular): cruzar datos de identificación de los pacientes con mortalidad de causa cardiovascular.	3	5	10
2	Tasa de mortalidad intrahospitalaria pos cirugía cardíaca programada estratificada por grupos de riesgo (aplicando la escala "Euroscore").	Fórmula: Numerador x 100 / Denominador (por estratos de riesgo). NUMERADOR: Éxitos según grupos de riesgo de Euroscore estándar de predicción de mortalidad en el mismo periodo que en el denominador. DENOMINADOR: Total de pacientes estratificados por grupos de riesgo según escala Euroscore sometidos a cirugía cardíaca programada entre octubre de 2011 y septiembre de 2012.	Fuente de Información: Registro específico + CMBD (pacientes previamente identificados y en los que se ha establecido su pertenencia al grupo de riesgo que le corresponda).	Metodología de evaluación: Aplicación de la prueba Euroscore estándar y logística antes de la cirugía y estratificación de los pacientes según los correspondientes grupos de riesgo. Comparación de los resultados obtenidos.	3	5	>5
3	Densidad de incidencia de infecciones nosocomiales en cirugía cardíaca programada.	NUMERADOR: Número de infecciones nosocomiales en cirugía cardíaca programada en un año. DENOMINADOR: Número de pacientes / día en cirugía cardíaca programada.	Fuente de Información: Datos específicos recogidos por el Servicio de Medicina Preventiva.	Metodología de evaluación: Auditoría e informe del Servicio de Medicina Preventiva.	2,8	6	7

Nº	Nombre del Indicador	Fórmula del indicador	Fuente de Información	Metodología de evaluación	Peso	Límite Superior	Límite Inferior
4	Tasa de reingresos urgentes antes de los 30 días por el mismo diagnóstico, en pacientes operados de cirugía cardíaca y valvular.	<p>Fórmula: Numerador x 100 / Denominador.</p> <p>NUMERADOR: Pacientes a los que realiza cirugía cardíaca y valvular que requieren ingreso urgente en el hospital por el mismo diagnóstico en los siguientes 30 días tras el alta (mismo periodo que en el denominador).</p> <p>DENOMINADOR: Total de pacientes a los que se realiza cirugía cardíaca y valvular en el año (periodo octubre 2011 – septiembre 2010).</p>	CMBD.	Metodología de evaluación: Explotación del CMBD.	2,8	0.6	1
5	Implantación de la historia digital en hospitalización y la prescripción digital.	No aplica	Fuente de Información: UGC – servicio informática del HURS.	Metodología de evaluación: observación directa.	2,8	Cumple	No cumple
6	Tasa de amputación no traumática de extremidad inferior en pacientes diabéticos ingresados en la UGC de Cg. Cardiovascular.	<p>Fórmula: Numerador x 100 / Denominador.</p> <p>NUMERADOR: Total de pacientes con diabetes que sufren amputación de extremidad inferior en la UGC de Cirugía Cardiovascular, durante el mismo periodo que en el denominador. Incluye los códigos de 84.10 a 84.17 como diagnóstico principal (códigos de la CIE-9MC).</p> <p>DENOMINADOR: Área de Influencia de la UGC de Cg. Cardiovascular: habitantes de Córdoba capital.</p>	Fuente de Información: CMBD.	Metodología de evaluación: Explotación del CMBD	2,8	-1	+1
7	% de pacientes incluidos en lista de espera quirúrgica a los que se les han aplicado los criterios de prioridad según perfil clínico y riesgo estimado definidos por la UGC de Cirugía Cardiovascular.	<p>Fórmula: Numerador x 100 / Denominador.</p> <p>NUMERADOR: Total de pacientes del denominador a los que se les han aplicado los criterios de prioridad definidos.</p> <p>DENOMINADOR: Total de pacientes incluidos en lista de espera quirúrgica en 2012.</p>	Fuente de Información: Libro de Demanda Quirúrgica (UGC).	Metodología de evaluación: Auditoría de registro de Libro de Demanda Quirúrgica comprobando anotación de puntuación según aplicación de los criterios de prioridad.	2,8	85	75

Eliminado: ..

Nº	Nombre del Indicador	Fórmula del indicador	Fuente de Información	Metodología de evaluación	Peso	Límite Superior	Límite Inferior
8	% de pacientes propuestos para Cirugía Cardíaca que presentan valoración clínica preoperatoria.	Fórmula: Numerador x 100 / Denominador. NUMERADOR: Pacientes propuestos para Cirugía Cardíaca que presentan valoración clínica preoperatoria "estándar / consensuada". DENOMINADOR: Total de pacientes propuestos para Cirugía Cardíaca.	Fuente de Información: partes de solicitud de Cirugía Cardíaca - Interconsulta de la UGC "solicitante" (UGC de Cardiología)	Metodología de evaluación: Auditoría (p=q=0.5. Error admisible: 10 %) sobre el volumen total de solicitudes – interconsultas de Cirugía CCV).	2,8	80	70
9	Incidencia de flebitis.	Fórmula: Numerador x 100 / Denominador. NUMERADOR: Nº total de pacientes con flebitis infecciosas e inflamatorias (Códigos de CIE-9-CM 996.62 y códigos adicionales para identificar infecciones especificadas) x 100. DENOMINADOR: Nº de pacientes con procesos médicos o quirúrgicos, con vía insertada más de 48 horas.	Fuente de Información: Informe de Alta y CMDB. En caso de sospecha de infradiagnóstico: cortes de incidencia mensuales de la UGC de CCV.	Metodología de evaluación: Aplicación de CMDB.	2,8	2.5	3
10	Porcentaje de pacientes intervenidos en la UGC DE CCV que desarrollan TVP durante el <u>postoperatorio</u> .	Fórmula: Numerador x 100 / Denominador. NUMERADOR: Total de intervenciones quirúrgicas de CCV del denominador que desarrollan TVP <u>en el posoperatorio</u> . DENOMINADOR: Total de intervenciones quirúrgicas de CCV / año.	Fuente de Información: Si los Informes de Alta están bien cumplimentados (sobre todo en los campos diagnósticos secundarios y otros procedimientos), sería suficiente con el CMDB.	Metodología de evaluación: Explotación del CMDB.	2,8	2	3
11	% de úlceras por presión que aparecen en los pacientes de la UGC de Cirugía Cardiovascular que ingresan en la UGC libres de úlceras por presión.	Fórmula: Numerador x 100 / Denominador. NUMERADOR: Nº de pacientes que desarrollan UPP durante su ingreso. DENOMINADOR: Nº total de pacientes que ingresan sin UPP	Fuente de Información: Auditoría interna. SISTEMA DE INFORMACIÓN AZAHAR.	Metodología de evaluación: Realización de cortes de incidencia	2,8	0.6	1.6

Eliminado: em

Eliminado: posoperatoria

Nº	Nombre del Indicador	Fórmula del indicador	Fuente de Información	Metodología de evaluación	Peso	Límite Superior	Límite Inferior
12	Tasa de respuesta de encuestas autocumplimentadas de satisfacción Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior: 50 % / 40 %	Fórmula: Numerador x 100 / Denominador. NUMERADOR: Total de encuestas de satisfacción autocumplimentadas en los pacientes incluidos en el denominador. DENOMINADOR: Total de altas en la UGC de Cg. Cardiovascular en el año.	Fuente de Información: Encuesta específica autocumplimentable. CMBD (para el denominador).	Metodología de evaluación: cálculo de la tasa de respuesta de encuestas autocumplimentadas que recogen respuestas de 8 o más de 8 de 10 ítems. Numerador: Recuento Censal. Denominador: total de altas.	2.8	50	40
13	Índice Sintético de Objetivos compartidos con otras unidades	Ver tabla	Ver tabla	Ver tabla	6	10	0
TOTAL DE PUNTOS EN OBJETIVOS ESPECIFICOS					40		

Eliminado: respuestas

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	Función de Valor	
Cumplimiento del presupuesto asignado	Absentismo	Uso racional del Material Ortoprotésico	Demora AGD Índice sintético LEQ	Incremento del rendimiento del quirófano		
Cumple	< = 3,5	Cumple	> = 10	> = 1,99	10	
	> 3,5 - 3,61		< 10 - 8,89	< 1,99 - 1,98	9	
	> 3,61 - 3,72		< 8,89 - 7,78	< 1,98 - 1,96	8	
	> 3,72 - 3,83		< 7,78 - 6,67	< 1,96 - 1,95	7	
	> 3,83 - 3,94		< 6,67 - 5,56	< 1,95 - 1,93	6	
	> 3,94 - 4,06		< 5,56 - 4,44	< 1,93 - 1,92	5	
	> 4,06 - 4,17		< 4,44 - 3,33	< 1,92 - 1,9	4	
	> 4,17 - 4,28		< 3,33 - 2,22	< 1,9 - 1,89	3	
	> 4,28 - 4,39		< 2,22 - 1,11	< 1,89 - 1,87	2	
	> 4,39 - 4,5		< 1,11 - 0	< 1,87 - 1,86	1	
No cumple	> 4,5	No cumple	< 0	< 1,86	0	
3	3	2	28	5	(30)	Peso relativo
					Resultado	
					Función de valor	
					Resultado ponderado	

OBJETIVO Nº 6	OBJETIVO Nº 7	OBJETIVO Nº 8	OBJETIVO Nº 9	OBJETIVO Nº 10	OBJETIVO Nº 11	Función de Valor	
Demora en primeras consultas	Gestión de citas de consultas sucesivas	Índice sintético de gestión de estancias	Tasa de Reclamaciones	Índice de impacto acumulado	Razón estandarizada de mortalidad del HURS.		
< = 20	> = 95	> = 10	< = 0	> = 10	< = 0,95	10	
> 20 - 24,44	< 95 - 93,33	< 10 - 8,89	> 0 - 0,11	< 10 - 9,44	> 0,95 - 7,51	9	
> 24,44 - 28,89	< 93,33 - 91,67	< 8,89 - 7,78	> 0,11 - 0,22	< 9,44 - 8,89	> 7,51 - 14,07	8	
> 28,89 - 33,33	< 91,67 - 90	< 7,78 - 6,67	> 0,22 - 0,33	< 8,89 - 8,33	> 14,07 - 20,63	7	
> 33,33 - 37,78	< 90 - 88,33	< 6,67 - 5,56	> 0,33 - 0,44	< 8,33 - 7,78	> 20,63 - 27,19	6	
> 37,78 - 42,22	< 88,33 - 86,67	< 5,56 - 4,44	> 0,44 - 0,56	< 7,78 - 7,22	> 27,19 - 33,76	5	
> 42,22 - 46,67	< 86,67 - 85	< 4,44 - 3,33	> 0,56 - 0,67	< 7,22 - 6,67	> 33,76 - 40,32	4	
> 46,67 - 51,11	< 85 - 83,33	< 3,33 - 2,22	> 0,67 - 0,78	< 6,67 - 6,11	> 40,32 - 46,88	3	
> 51,11 - 55,56	< 83,33 - 81,67	< 2,22 - 1,11	> 0,78 - 0,89	< 6,11 - 5,56	> 46,88 - 53,44	2	
> 55,56 - 60	< 81,67 - 80	< 1,11 - 0	> 0,89 - 1	< 5,56 - 5	> 53,44 - 60	1	
> 60	< 80	< 0	> 1	< 5	> 60	0	
3	3	6	1	5	1	(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	
Tasa de mortalidad anual en pacientes de cirugía cardiovascular incluidos en lista de espera quirúrgica electiva.	Tasa de mortalidad anual en pacientes de cirugía cardiovascular incluidos en lista de espera quirúrgica electiva.	Tasa de mortalidad anual en pacientes de cirugía cardiovascular incluidos en lista de espera quirúrgica electiva.	Tasa de mortalidad anual en pacientes de cirugía cardiovascular incluidos en lista de espera quirúrgica electiva.	Tasa de mortalidad anual en pacientes de cirugía cardiovascular incluidos en lista de espera quirúrgica electiva.	Tasa de amputación no traumática de extremidad inferior en pacientes diabéticos ingresados en la UGC de Cg. Cardiovascular.		
< = 5	> = 5	< = 6	< = 0,6	cumple	< = -1	10	
> 5 - 5,56	< 5 - 5	> 6 - 6,11	> 0,6 - 0,64		> -1 - -0,78	9	
> 5,56 - 6,11	< 5 - 5	> 6,11 - 6,22	> 0,64 - 0,69		> -0,78 - -0,56	8	
> 6,11 - 6,67	< 5 - 5	> 6,22 - 6,33	> 0,69 - 0,73		> -0,56 - -0,33	7	
> 6,67 - 7,22	< 5 - 5	> 6,33 - 6,44	> 0,73 - 0,78		> -0,33 - -0,11	6	
> 7,22 - 7,78	< 5 - 5	> 6,44 - 6,56	> 0,78 - 0,82		> -0,11 - 0,11	5	
> 7,78 - 8,33	< 5 - 5	> 6,56 - 6,67	> 0,82 - 0,87		> 0,11 - 0,33	4	
> 8,33 - 8,89	< 5 - 5	> 6,67 - 6,78	> 0,87 - 0,91		> 0,33 - 0,56	3	
> 8,89 - 9,44	< 5 - 5	> 6,78 - 6,89	> 0,91 - 0,96		> 0,56 - 0,78	2	
> 9,44 - 10	< 5 - 5	> 6,89 - 7	> 0,96 - 1		> 0,78 - 1	1	
> 10	< 5	> 7	> 1	No cumple	> 1	0	
3	3	2.8	2.8	2.8	2.8	(0)	Peso relativo
						Resultado	
						Función de valor	
						Resultado ponderado	



OBJETIVO Nº 7	OBJETIVO Nº 8	OBJETIVO Nº 9	OBJETIVO Nº 10	OBJETIVO Nº 11	OBJETIVO Nº 12	OBJETIVO Nº 13	Función de Valor	
% de pacientes incluidos en lista de espera quirúrgica a los que se les han aplicado los criterios de prioridad según perfil clínico y riesgo estimado definidos por la UGC de Cirugía Cardiovascular.	% de pacientes incluidos en lista de espera quirúrgica a los que se les han aplicado los criterios de prioridad según perfil clínico y riesgo estimado definidos por la UGC de Cirugía Cardiovascular.	% de pacientes incluidos en lista de espera quirúrgica a los que se les han aplicado los criterios de prioridad según perfil clínico y riesgo estimado definidos por la UGC de Cirugía Cardiovascular.	% de pacientes incluidos en lista de espera quirúrgica a los que se les han aplicado los criterios de prioridad según perfil clínico y riesgo estimado definidos por la UGC de Cirugía Cardiovascular.	% de pacientes incluidos en lista de espera quirúrgica a los que se les han aplicado los criterios de prioridad según perfil clínico y riesgo estimado definidos por la UGC de Cirugía Cardiovascular.	% de pacientes incluidos en lista de espera quirúrgica a los que se les han aplicado los criterios de prioridad según perfil clínico y riesgo estimado definidos por la UGC de Cirugía Cardiovascular.	% de pacientes incluidos en lista de espera quirúrgica a los que se les han aplicado los criterios de prioridad según perfil clínico y riesgo estimado definidos por la UGC de Cirugía Cardiovascular.		
> = 85	> = 80	< = 2,5	< = 2	< = 0,6	> = 50	> = 10	10	
< 85 - 83,89	< 80 - 78,89	> 2,5 - 2,56	> 2 - 2,11	> 0,6 - 0,71	< 50 - 48,89	< 10 - 8,89	9	
< 83,89 - 82,78	< 78,89 - 77,78	> 2,56 - 2,61	> 2,11 - 2,22	> 0,71 - 0,82	< 48,89 - 47,78	< 8,89 - 7,78	8	
< 82,78 - 81,67	< 77,78 - 76,67	> 2,61 - 2,67	> 2,22 - 2,33	> 0,82 - 0,93	< 47,78 - 46,67	< 7,78 - 6,67	7	
< 81,67 - 80,56	< 76,67 - 75,56	> 2,67 - 2,72	> 2,33 - 2,44	> 0,93 - 1,04	< 46,67 - 45,56	< 6,67 - 5,56	6	
< 80,56 - 79,44	< 75,56 - 74,44	> 2,72 - 2,78	> 2,44 - 2,56	> 1,04 - 1,16	< 45,56 - 44,44	< 5,56 - 4,44	5	
< 79,44 - 78,33	< 74,44 - 73,33	> 2,78 - 2,83	> 2,56 - 2,67	> 1,16 - 1,27	< 44,44 - 43,33	< 4,44 - 3,33	4	
< 78,33 - 77,22	< 73,33 - 72,22	> 2,83 - 2,89	> 2,67 - 2,78	> 1,27 - 1,38	< 43,33 - 42,22	< 3,33 - 2,22	3	
< 77,22 - 76,11	< 72,22 - 71,11	> 2,89 - 2,94	> 2,78 - 2,89	> 1,38 - 1,49	< 42,22 - 41,11	< 2,22 - 1,11	2	
< 76,11 - 75	< 71,11 - 70	> 2,94 - 3	> 2,89 - 3	> 1,49 - 1,6	< 41,11 - 40	< 1,11 - 0	1	
< 75	< 70	> 3	> 3	> 1,6	< 40	< 0	0	
2.8	2.8	2.8	2.8	2.8	2.8	6	(0)	Peso relativo
							Resultado	
							Función de valor	
							Resultado ponderado	

ANEXO 1. NECESIDADES PARA LOGRAR LOS OBJETIVOS DE RESULTADOS CLÍNICOS

OBJETIVO:	Específico número 9: Incidencia de Flebitis
NECESIDADES	
FORMACIÓN	
INVESTIGACIÓN	
TECNOLOGÍA	
ORGANIZACIÓN	Cultura de codificación habitual de flebitis en el documento de alta
“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 CIRUGIA CARDIOVASCULAR						
ÁREA	OBJETIVO	INDICADOR		PESO	LÍM.SUPERIOR (ÓPTIMO)	LÍM.INFERIOR
ECONÓMICA	CONTROL DEL GASTO EN MATERIAL FUNGIBLE (1)	4.744.497,14	CUMPLIMIENTO DEL PRESUPUESTO ASIGNADO (GASTO<=PRESUPUESTO)	85	CUMPLE	NO CUMPLE
	CONTROL DEL CONSUMO INTERNO EN FARMACIA	125.184,35	CUMPLIMIENTO DEL PRESUPUESTO ASIGNADO (GASTO<=PRESUPUESTO)	3	CUMPLE	NO CUMPLE
FARMACIA	INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES (IBP) (2)	IBP	% DDD OMEPRAZOL / DDD IBP	5	90	74
	OPIÁCEOS (2)	OPI	% DDD MORFINA/ DDD MORFINA, BUPRENORFINA, FENTANILO, HIDROMORFONA, METADONA, OXICODONA, PETIDINA, PENTAZOCINA	2	21	4
	PRESCRIPCIÓN POR PRINCIPIO ACTIVO (2)	PRINC ACT	Nº DE RECETAS CON PRESCRIPCIÓN POR PA X100/Nº TOTAL DE RECETAS PRESCRITAS	5	80	70
TOTAL DE PESOS ASIGNADOS A OBJETIVOS CRÍTICOS				100		
(1). EL DETALLE DE LOS PRODUCTOS INCLUIDOS SERÁ FACILITADO POR LA DIRECCIÓN ECONÓMICO-ADMINISTRATIVA						
(2). 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	OBJETIVO Nº 4	OBJETIVO Nº 5	Función de Valor	
CONTROL DEL GASTO EN MATERIAL FUNGIBLE	CONTROL DEL CONSUMO INTERNO EN FARMACIA	INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES (IBP)	OPIÁCEOS	PRESCRIPCIÓN POR PRINCIPIO ACTIVO		
Cumple	Cumple	> = 90	> = 21	> = 80	10	
		< 90 - 88,22	< 21 - 19,11	< 80 - 78,89	9	
		< 88,22 - 86,44	< 19,11 - 17,22	< 78,89 - 77,78	8	
		< 86,44 - 84,67	< 17,22 - 15,33	< 77,78 - 76,67	7	
		< 84,67 - 82,89	< 15,33 - 13,44	< 76,67 - 75,56	6	
		< 82,89 - 81,11	< 13,44 - 11,56	< 75,56 - 74,44	5	
		< 81,11 - 79,33	< 11,56 - 9,67	< 74,44 - 73,33	4	
		< 79,33 - 77,56	< 9,67 - 7,78	< 73,33 - 72,22	3	
		< 77,56 - 75,78	< 7,78 - 5,89	< 72,22 - 71,11	2	
		< 75,78 - 74	< 5,89 - 4	< 71,11 - 70	1	
No cumple	No cumple	< 74	< 4	< 70	0	
85	3	5	2	5	(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 sobre el listado de profesionales del año 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

Nombre y apellidos	Categoría profesional	Tipo de nombramiento (titular interino, eventual, etc.)	Especialidad (si procede)	Vinculación a la UGC Total/parcial	Si es a tiempo parcial, % de dedicación
Pedro Alados Arboledas	FEA CCV	Titular	C. Cardiovascular	Total	Jornada Completa
Jaime Casares Mediavilla	FEA CCV	Interino	C. Cardiovascular	Total	
Javier Moya González	FEA CCV	Interino	C. Cardiovascular	Total	
Carlos Merino Cejas	FEA CCV	Titular	C. Cardiovascular	Total	
Ignacio Muñoz Carvajal	FEA CCV	Interino	C. Cardiovascular	Total	
Antonio Chacón Quevedo	Médico general	Interino	C. Cardiovascular	Total	
Manuel Román Ortiz	FEA CCV	Titular	C. Cardiovascular	Total	
María Isabel Rodríguez Mateo	Administrativa	Titular		Total	
José L. Medina Almansa	Perfusión	Titular		80%	Jornada Completa
José Cabezas Rosario	Perfusión	Titular		Total	
María V. Blázquez Ruiz	FEA anestesia	Interino	Anestesia	50%	
Agustina Jiménez Castilla	FEA anestesia	Interino	Anestesia	50%	
Ángela Morales Cubero	FEA anestesia	Interino	Anestesia	50%	



Miguel Osuna LLadosa	FEA anestesia	Titular	Anestesia	50%	
Joaquín Gómez Serrano	FEA anestesia	Interino	Anestesia	50%	
José M. Jiménez Luque	FEA anestesia	Titular	Anestesia	50%	
Ángel Ruz Ortiz	FEA anestesia	Titular	Anestesia	50%	
José Castro Chofler	FEA anestesia	Titular	Anestesia	50%	
Lourdes Ruiz Fernández	FEA anestesia	Titular	Anestesia	50%	
Antonio Galán Cabezas	FEA anestesia	Titular	Anestesia	50%	
Teresa Mantaras Ruiz	FEA anestesia	Interino	Anestesia	50%	
José M. Martínez Rueda	FEA anestesia	Interino	Anestesia	50%	
Marina Fuentes Guerra	FEA anestesia	Titular	Anestesia	50%	
Carmen García Gaitan	FEA anestesia	Interino	Anestesia	50%	
Araceli Campaña Blanco	Supervisora	Titular		Total	
José González Fernández	Enfermero	Interino		Total	
Gloria Gutiérrez Anguita	Enfermera	Titular		Total	
Purificación Anguiano Benito	Auxiliar	Titular		Total	
M ^a Carmen Márquez Córdoba	Enfermera	Interino		Total	
Elena Monzón Ceballos	Enfermera	Titular		Total	
Remedios Alcántara Álvarez	Auxiliar	Titular		Total	



Maria C. Jiménez Castillo	Enfermera	Titular		66%	
Maria V. Jiménez Arroyo	Auxiliar	Titular		Total	
Mercedes Romero Cano	Auxiliar	Titular		Total	
M ^a José Carmona Barranco	Enfermero	Titular		Total	
Dolores Torres García	Enfermera	Titular		Total	
Antonia Gómez Palomares	Auxiliar	Titular		Total	
Maria L. Raya Seco de Herrera	Auxiliar	Titular		Total	
Raquel Bravo Martínez	Enfermero	Interino		Total	
Rosa M. Chamorro Barranco	Enfermera	Titular		Total	
Rosalía López Romero	Enfermera	Titular		Total	Jornada al 66%
Francisco Carrasco Ávalos	Enfermero	Interino		Total	Jornada al 33%
Rosana Burgos Paracuellos	Enfermera	Titular		Total	Jornada al 66%
Sonia Guzmán Gutiérrez	Enfermera	Interino		Total	Jornada al 33%
Socorro Sánchez Huertos	Auxiliar	Titular		Total	
Teresa Mariscal Maestre	Enfermera	Interino		66%	
Araceli Ávila Román	Enfermera	Titular		66%	
Pilar Carmona Priego	Auxiliar	Titular		Total	Jornada al 66%
Lucía M. López Milán	Auxiliar	Titular		Total	



Ana M. Rojas Córdoba	Auxiliar	Interino		Total	
M ^a del Mar Bustamante Carrizosa	Auxiliar	Titular		Total	
Carmen Fuentes Rodríguez	Enfermera	Titular		Total	
Juana García Criado	Enfermera	Titular		Total	
Áurea Jurado Morata	Enfermera	Titular		90%	
Maria A. Muñoz Blanco	Enfermera	Titular		90%	
Concepción Tejada Trapero	Auxiliar	Titular		90%	
Maria A. Latorre Pardos	Enfermera	Titular		Total	
Miguel Zamorano Castro	Enfermera	Titular		Total	
María L. Baena Muñoz	Enfermera	Titular		Total	
Evaristo Pila Vázquez	Enfermero	Titular	Supervisor quirófano	30%	
Juana Merchán González	Enfermera	Titular		Total	
Consuelo Vico Baeza	Enfermera	Titular		Total	
Esther Altuzarra Sierra	Enfermera	Titular		Total	
M ^a Ángeles Sánchez Calderón	Auxiliar	Titular		Total	
M ^a Teresa García León	Auxiliar	Titular		Total	
Antonia Arenas Alamillo	Celadora	Titular		33%	
Fernando Aguilar Rojas	Celador	Titular		33%	



Antonio Martínez Bracero	Celador	Titular		33%	
Margarita González Tejero	Celadora	Titular		33%	
Rafael Pérez Sicilia	Celador	Titular		33%	
Mercedes Lafuente Félez	Anestesista	Titular		40%	
Pilar Pérez Navero	Anestesista	Titular		40%	Reducción de Jornada
Jesus Romero Lopez	Anestesista	Titular		40%	
Rafael Muñoz Lopez	Anestesista	Interino		40%	
Francisco Javier Vallejo Cantarero	Anestesista	Titular		40%	
Victoria Rubio Cuadrado	Anestesista	Interino		40%	
Milagros Sancho Puebla	DUE Quirófano	Titular		40%	
Carmen Luque Infante	DUE Quirófano	Titular		40%	
Antonia Villafuerte Galán	DUE Quirófano	Titular		40%	
Socorro Rico Pacheco	DUE Quirófano	Titular		40%	
Rosario Flujar Muñoz	Auxiliar de Quirófano	Titular		40%	
Ana Martinez Rodriguez	Auxiliar de Quirófano	Titular		40%	