

Acuerdo de Gestión Clínica 2018-2019

UGC DE OFTALMOLOGÍA



Área de Conocimiento:

- *Área Quirúrgica*



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA



Acuerdo de Gestión Clínica 2018-2019

UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE OFTALMOLOGÍA

Código SIAGC: UGC000423

Hospital Universitario Reina Sofía Córdoba

Córdoba, 16 de abril de 2018

REUNIDOS

De una parte, la Unidad de Gestión Clínica de OFTALMOLOGÍA y en su nombre y representación Dña. Encarnación Ibarra de la Rosa, en calidad de Responsable de la Unidad

De otra parte, el Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba y en su nombre y representación Dña. Valle García Sánchez, en calidad de Directora Gerente,

ACUERDAN

El siguiente Acuerdo de Gestión para los años 2018-2019

La Responsable de la Unidad

La Directora Gerente del Hospital

Fdo.: Dña. Encarnación Ibarra de la Rosa

Fdo.: Dña. Valle García Sánchez

La Responsable de Enfermería

La Responsable de Enfermería

Fdo.: Inmaculada Pérez Lorente

Fdo.: Filomena Aguilera Peña



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	6
ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SU POBLACIÓN DE REFERENCIA.	7
OBJETIVOS	8
1.- BÁSICOS.....	8
☐ Objetivo básico 1.1 Garantizar la Accesibilidad y la Equidad.....	8
☐ Objetivo básico 1.2 ÍNDICE SINTÉTICO DE ACCESIBILIDAD (1).....	9
☐ Objetivo básico 1.3 Continuidad Asistencial. Urgencias / Hospitalización	11
☐ Objetivo básico 1.4 Relaciones con la ciudadanía	12
☐ Objetivo básico 1.5 Planes Integrales Operativos.....	13
☐ Objetivo básico 1.6 ÍNDICE SINTÉTICO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	14
☐ Objetivo básico 1.7 ÍNDICE SINTÉTICO DE FARMACIA	19
☐ Objetivo básico 1.8 ÍNDICE SINTÉTICO DE CONTRATO PROGRAMA.....	20
☐ Objetivo básico 1.9 ÍNDICE SINTÉTICO DE ACCESIBILIDAD (2).....	23
☐ Objetivo básico 1.10 Índice sintético de Cumplimiento de Acuerdo de Consumo (Capítulo II y IV sin recetas)	25
2.-AVANZADOS	26
☐ Objetivo avanzado 2.1 ACTO ÚNICO en cirugía de cataratas.....	26
☐ Objetivo avanzado 2.2 Mejora de resultados en cirugía del glaucoma del adulto (reingresos)	26
☐ Objetivo avanzado 2.3 Mejora de resultados en cirugía de desprendimiento de retina (Reintervenciones).....	26
☐ Objetivo avanzado 2.4 Disminuir la demora en la atención a niños con ambliopía	27
☐ Objetivo avanzado 2.5 Ajustar el % de resolución de CMA a los estándares de la especialidad por grupo de hospitales.....	27
☐ Objetivo avanzado 2.6 Mejorar adherencia al tratamiento de los pacientes diagnosticados de glaucoma primario de ángulo abierto.....	27
3.- EXCELENCIA	28
☐ Objetivo de excelencia 3.1 Realizar el informe de las retinografías antes de 30 días desde su recepción	28
☐ Objetivo de excelencia 3.2 Índice sintético de Uso racional (medicamentos y otras tecnologías).....	29
☐ Objetivo de excelencia 3.3 MEJORAR LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA	31
☐ Objetivo de excelencia 3.4 Plan de Eficiencia Capítulo II y IV sin recetas.....	32
TABLAS RESUMEN DE OBJETIVOS	33
ANEXO: GOBIERNO CLÍNICO (GOBERNANZA) DE LA UGC	34



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA

Introducción

La Gestión Clínica (GC) es un sistema de organización del trabajo que pretende dar respuesta a las necesidades y demandas de la ciudadanía con los principios de máxima calidad, eficacia, efectividad y eficiencia y desde la premisa de la capacidad de los profesionales para ser responsables, autónomos y comprometidos con la ciudadanía a la que prestan sus servicios.

En este Acuerdo de gestión, y tras el debate profesional que hemos mantenido, previa a su elaboración, se proponen para 2018, los siguientes principios:

Para el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), la GC es el modelo organizativo sanitario que:

- Considera a la ciudadanía como centro del propio Sistema;
- Se orienta a resultados;
- Busca la continuidad asistencial;
- Persigue una relación de agencia con la ciudadanía a lo largo de la vida de cada ciudadano en su contexto social;
- Posibilita la autonomía de la gestión;
- Descentraliza la toma de decisiones;
- Implica y corresponsabiliza al equipo de profesionales, en la consecución de resultados en salud;
- Incorpora los conocimientos y metodología de la práctica clínica basada en evidencias;
- Potencia en trabajo en equipo de forma multidisciplinar.

La Unidad de Gestión Clínica (UGC) es la estructura organizativa de profesionales orientada al desarrollo de la gestión clínica.

La gestión clínica otorga al equipo de profesionales la responsabilidad sanitaria y social que le corresponde a su capacidad de decisión junto a la ciudadanía, mediante una atención centrada en la persona, teniendo en cuenta tanto su situación clínica como su situación socioeconómica, familiar, laboral y cultural ya que todos ellos, son condicionantes del proceso salud y enfermedad. Por otro lado, el equipo de profesionales también asume la responsabilidad en la gestión de los recursos, para obtener resultados en salud, garantizar la continuidad asistencial y con un horizonte de eficiencia, calidad y seguridad, alineados con las líneas estratégicas del SSPA.

El Acuerdo de Gestión Clínica (AGC), es una herramienta de trabajo. Un documento que firma el equipo de dirección del centro (AGS/Hospital/AS) con los cargos intermedios de la UGC. En él, se recogen los objetivos que de forma participativa todos/as los/las profesionales de la unidad clínica han propuesto y que es negociado con la Dirección del Centro, a través de sus cargos intermedios.

Una vez firmado, debe ser presentado a todos/as los/as profesionales que integran la UGC.

Análisis de situación de su Población de referencia.

La UGC OCT tiene asignada una población de 1.150 habitantes.

- A lo largo de 2017 nuestra actividad ha sido:
 - 5.500 cirugías
 - 32.000 pacientes nuevos citados en consulta
 - 37.500 pacientes citados a revisión en consulta
 - 1.800 Inyecciones Intravítreas en Hospital de día Médico
- Ha aumentado la actividad CMA con disminución de la Hospitalización
- Se ha iniciado una remodelación de la UGC en el segundo semestre 2017, con efectos en la demora en consultas de especialidades, destacando la creación de una consulta de ambulatorio para Órbita (la demora era desde 2017 y ahora es desde 2016)
- Se abre consulta de glaucoma en ambulatorio que ha disminuido la demora de 23 meses
- Se abre consulta en el Materno para separar circuitos y liberar espacio en consultas externas
- Se aumenta la actividad de cataratas: con un parte tipo de 7 cataratas por un solo cirujano, con más quirófanos de tarde y duplicando consultas
- Se ha finalizado el año realizando la cirugía de toda la población Diana de Anexo I en plazo: 4.072 pacientes, y se ha iniciado un plan de choque para acabar el año con ningún paciente en espera superior a 1 año de No Decreto
- Procesos Asistenciales:
 - Catarata: se pretende consolidar el plan de eficacia para la programación quirúrgica, evitar suspensiones, agilizar citas, y hacer un estudio de nuestras indicaciones para ajustar el IINDA al estándar Andaluz. AL asumir un volumen de casi 2.000 pacientes que estaban en espera de ser vistos en la consulta de cataratas, se ha generado un aumento de las indicaciones y del IINDA, que pretendemos normalizar cuando se resuelva esa bolsa de pacientes y comencemos un ritmo normal de inclusiones en LEQ.
 - Diabetes: coordinación con primaria
 - Necesitamos con urgencia ampliar el número de sesiones quirúrgicas, para que el Quirófano 2 del H. Provincial se dedique en exclusiva para retina, tanto programada como urgente, ya que la inclusión de sesiones quirúrgicas para otras secciones para los pacientes no aptos UCA todos los miércoles y los viernes alternos, provoca retrasos en cirugías urgentes y preferentes de retina.
 - Necesitamos un tercer quirófano en los Morales para asumir cirugías no cataratas.
 - Necesitamos un oftalmólogo experto en Infantil que supla la dedicación de la jefa de servicio a la gestión. Mi vacante se ha utilizado para consolidar a un facultativo de glaucoma, y no se agiliza la demora para esta sección.
- Se pretende reforzar la actividad investigadora de la UGC, la coordinación con el IMIBIC y la UCO
- Se necesitan adecuar perfiles para la bolsa de contratación en Oftalmología:
 - estando prevista la jubilación del Dr. Gallardo Galera, que es el que realiza las cirugías complejas infantiles: Catarata congénita, Glaucoma Congénito, Transplantes y Patología Vitreoretiniana, se necesita un oftalmólogo que tenga el suficiente entrenamiento en dichas cirugías, que se incorpore coincidiendo en el tiempo con el Dr Gallardo para realizar el adecuado relevo de los pacientes.
 - se necesita un oftalmólogo con experiencia como refuerzo en la cirugía local y de párpados, debido a la demora una vez incluidos en LEQ que sufren nuestros pacientes, superior a 1 año en muchísimos casos
 - se necesita un refuerzo en la unidad emergente de córnea para banco de tejidos, cirugía de Crosslinking, anillos, queratoconos y cirugía de astigmatismo

Objetivos

El AGC consta de tres niveles: Básico, Avanzado y de Excelencia, cada uno con los siguientes objetivos:

1.- BÁSICOS

(corresponden al 50% de la ponderación del AGC)

✓ Objetivo básico 1.1 Garantizar la Accesibilidad y la Equidad

Indicador	Índice sintético de Accesibilidad:
	<p>A. La UGC garantizará que, durante 2018, no haya ningún paciente pendiente de un procedimiento incluido en el Anexo 1 del Decreto 209/2001 y Ordenes de desarrollo, en situación de programables que superen los plazos establecidos y no deben de superar el 10% de TNP para cada una de las especialidades.</p> <p>B. La UGC garantizará que los pacientes pendientes de 1ª visita procedente de AP tengan cita asignada en un 90% de las mismas y no tendrá pacientes pendientes de primeras consultas de especialista derivadas de AP, (con cita o sin cita asignada), con más de 60 días de antigüedad desde la fecha de inicio de la demora para las especialidades de Decreto 96/2004.</p> <p>C. La UGC garantizará que durante 2018 no haya ningún paciente pendiente de una prueba diagnóstica con más de 30 días de demora (incluye el total de solicitudes, independientemente de tener o no tener fecha de cita asignada) y no haya más del 10% de solicitudes pendiente de una prueba diagnóstica afectada por el Decreto 96/2004 sin cita asignada. NO APLICA EN ESTA UGC</p>
Fórmula / Criterio de cumplimiento	Valoración a cierre mensual. El seguimiento mensual se valorará como SI CUMPLE / NO CUMPLE. Cada mes supone 1/12 en el alcance del objetivo (nº de meses en los que se cumplen TODOS LOS CRITERIOS en cada indicador)
Fuente	AGD, INFHOS
Metodología de Evaluación	El seguimiento será mensual. Cada unidad debe incluir en su AGC los indicadores que le afecten (en el caso que sean los tres sus pesos serán: A=60%, B=20% y C=20%. Son A y B sus pesos serán A=60% y B=40%)
Peso	5
Lím. Superior (Óptimo)/Lím. Inferior	12 / 1
Observaciones	En A: aplica 120, 180 y TNP

✓ **Objetivo básico 1.2 ÍNDICE SINTÉTICO DE ACCESIBILIDAD (1)**

Peso total del objetivo: 5

- 1 Tasa de reingresos
- 2 IUE
- 3 Estancia media en APR-GRD 080 - INFECCIONES MAYORES DEL OJO PRINCIPALES

1 Disminuir la tasa de reingresos no programados a los 30 días de una estancia previa en el hospital

Indicador	Tasa de reingresos a los 30 días por cualquier causa
Fórmula / Criterio de cumplimiento	Tasa de reingresos de la UGC - Si está por debajo del estándar global andaluz (7,73%) deberá mantenerla por debajo de dicho estándar - Si está por encima del estándar global andaluz (7,73%) deberá disminuir al menos un 30% la diferencia con dicho estándar
Fuente	CMBD
Metodología de Evaluación	El equipo de dirección del centro tendrá en cuenta para la evaluación el dato del que parte la Unidad.
Peso	30 % del peso del objetivo
Lím. Superior (Óptimo)/Lím. Inferior	SI CUMPLE / NO CUMPLE
Observaciones	Criterios de cálculo: Proyecto iCMBD Ministerio Ejemplo: Estándar Andaluz 7,73% Reingresos de la UGC en 2017 = 10,73% Diferencia: 3% 30% de 3% = 0,9% 10,73% - 0,9% = 9,83% Objetivo = 9,83% o menos

OFTALMOLOGÍA	2012	2013	2014	2015	2016	2017
% Reingresos urgentes en <= 30 días (EN LA PROPIA UGC)	0,2%	0,0%	0,0%	0,3%	0.27%	0.39%
Nº de reingresos urgentes en <= 30 días, cualquier causa (en la UGC)	2	0	0	2	1	2

2 IUE

Indicador 3	Índice de Utilización de Estancias
Fórmula/Criterio de cumplimiento	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	Informe del servicio de documentación clínica con el resultado obtenido
Peso	30 % del peso del objetivo
Lím. Superior (Óptimo)/ Lím. Inferior	Cumple (<=1) / No cumple
Observaciones	CP-2018 2.1.8.4

IUE	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
OFTALMOLOGÍA	1.16	0.93	0.94	0.79	0.83	0.79	0.80	0.78	0.81	0.83	1.03

3 Disminuir la estancia media en APR-GRD 080 - INFECCIONES MAYORES DEL OJO PRINCIPALES

Indicador 3	Estancia media en APR-GRD 080 - INFECCIONES MAYORES DEL OJO PRINCIPALES,
Fórmula/Criterio de cumplimiento	Estancia media en APR-GRD 080 - INFECCIONES MAYORES DEL OJO PRINCIPALES
Fuente	CMBDH/ Servicio de Calidad y Documentación Clínica y Unidad de Gestión Clínica
Metodología de Evaluación	Informe del servicio de documentación clínica con el resultado obtenido
Peso	40 % del peso del objetivo
Lím. Superior (Óptimo)/ Lím. Inferior	7.43 / 11.08 (EM en Andalucía 2017 / EM UGC 2017)
Observaciones	

APR_GRD CON MAYOR ESTANCIAS EVITABLES 2017	Altas	% Altas	Estancias	Estancia Media	Estancias Esperadas	EM Esperada	Est Evitables	% GPE
080 - INFECCIONES MAYORES DEL OJO PRINCIPALES	12	92,3%	133	11,08	89,10	7,43	43,90	33,01

✓ **Objetivo básico 1.3 Continuidad Asistencial. Urgencias / Hospitalización**

Indicador	Criterios del Plan de Mejora de las Urgencias hospitalarias que le afecten:
	<ol style="list-style-type: none"> 1 Reunión presencial Equipo directivo con los Directores de las UGC de todas las especialidades implicadas en la gestión de camas del hospital. 2 Criterios de ingreso consensuados y firmados con todas las especialidades. Autorización al médico de urgencias para ingreso de pacientes urgentes en las unidades finalistas. NO APLICA 1. 30% de las altas hospitalarias con el alta médica antes de las 11:00h y el alta administrativa antes de las 13:00 h
Fórmula/Criterio de cumplimiento	Nº de criterios que cumple / Nº de criterios que le afectan = 1
Fuente	Informe de la Dirección Gerencia del centro
Metodología de Evaluación	El equipo de dirección del centro hará el seguimiento y evaluación de la implantación de las medidas.
Peso	3
Lím. Superior (Óptimo)/ Lím. Inferior	SI CUMPLE / NO CUMPLE
Observaciones	

✓ **Objetivo básico 1.4 Relaciones con la ciudadanía**

Peso total del objetivo: 3 puntos

Indicador 1	Análisis de reclamaciones (Área 7)
Fórmula / Criterio de cumplimiento	Informe de la Dirección de la UGC donde se explicita: Análisis de reclamaciones realizado, especificando causas y profesionales implicados, propuesta de mejoras detectadas y puestas en marcha, evaluación, ...)
Fuente	UGC
Metodología de Evaluación	Auditoría Documental (Informe UGC)
Peso	30% del peso total del objetivo
Lím. Superior (Óptimo)/Lím. Inferior	SI cumple – NO cumple
Observaciones	
Indicador 2	Disminución del número de reclamaciones
Fórmula / Criterio de cumplimiento	Número de reclamaciones del año a evaluar <= número de reclamaciones del año anterior
Fuente	Aplicación Resuelve
Metodología de Evaluación	Estadísticas de la aplicación Resuelve. Visto Bueno por parte de Dirección
Peso	40% del peso total del objetivo
Lím. Superior (Óptimo)/Lím. Inferior	SI cumple / NO cumple
Observaciones	Por indicación de Dirección se introduce este indicador
Indicador 3	Porcentaje de reclamaciones respondidas en plazo
Fórmula / Criterio de cumplimiento	(Nº de reclamaciones respondidas en plazo * 100 / total de reclamaciones presentadas en la unidad)
Fuente	Aplicación Resuelve
Metodología de Evaluación	Estadísticas de la aplicación Resuelve. Visto Bueno por parte de Dirección
Peso	30% del peso total del objetivo
Lím. Superior (Óptimo)/Lím. Inferior	90% / 70%
Observaciones	Por indicación de Dirección se introduce este indicador: CP-2018: 5.1.4.1

✓ **Objetivo básico 1.5 Planes Integrales Operativos**

Indicador	Elaboración e implantación de los planes integrales operativos que le afecten
Fórmula / Criterio de cumplimiento	El/los profesional/es de la UGC participan en los grupos de trabajo creados junto a su/s distrito/s de referencia en la elaboración de los planes integrales operativos contemplados en CP. Pondrán en marcha a lo largo del año, al menos el 75% de las acciones que le implican, contempladas en los planes operativos priorizados para su Distrito/AGS en el CP: DIABETES
Fuente	9 Planes operativos y certificación (documentada) por la dirección de la UGC de las acciones implantadas.
Metodología de Evaluación	El equipo de dirección del centro hará el seguimiento y evaluación de su cumplimiento: Participa en la elaboración y cumple el 75% de las acciones de los planes priorizados
Peso	5
Lím. Superior (Óptimo)/Lím. Inferior	Si cumple (participa en la elaboración de los planes e implanta al menos el 75% de las Acciones) / No cumple (No participa en la elaboración de los planes y/o no implanta al menos el 75% de las Acciones)
Observaciones	

✓ **Objetivo básico 1.6 ÍNDICE SINTÉTICO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

Peso total del objetivo: 5

- 1.- INCIDENCIA UPP (15%)
- 2.- Medición del dolor y reevaluación del mismo como 5ª constante (10%+10%)
- 3.- LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA (15%)
- 4.- CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN (15%)
- 5.- NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS (15%)
- 6.- Infección del sitio quirúrgico en cataratas y Adherencia a Recomendaciones IQZ (10%+10%)

1 Disminuir la incidencia de Úlceras por presión (UPP) en las personas hospitalizadas

Indicador 1	Incidencia de UPP que se producen durante la estancia hospitalaria.
Fórmula / Criterio de cumplimiento	Número de pacientes que desarrollan UPP de cualquier grado durante el ingreso hospitalario en unidades quirúrgicas * 100 / Número de pacientes ingresados en unidades quirúrgicas (libres de UPP al ingreso)
Fuente	DAH y CMBD
Metodología de Evaluación	INFORME DE RESULTADOS, VBº DIRECCIÓN
Peso	15% del peso del objetivo
Lím. Superior (Óptimo)/Lím. Inferior	6 / 8
Observaciones	

2 Medición del dolor y reevaluación del mismo como 5ª constante

Indicador	Medición del dolor y reevaluación del mismo como 5ª constante
Aclaraciones	<p>- Cuándo se ha de realizar: Al ingreso; Al inicio del turno de trabajo; Cuando el paciente y/o cuidador lo demande; Después de un cambio en la situación clínica; Después de un procedimiento diagnóstico o terapéutico; Reevaluación del dolor en pacientes con puntuación en la Escala Numérica del Dolor/PAINAD ≥ 3.</p> <p>- Dónde se debe registrar: Registro del dolor en la gráfica de constantes de la Historia Digital del paciente (Estación de Cuidados)</p>
Subindicador 1	Identificación del % de pacientes con valoración del dolor
Fórmula/Criterio de cumplimiento	<p>NUMERADOR: Nº de pacientes a los que se le ha evaluado el dolor x 100 DENOMINADOR: Total de pacientes ingresados en la Unidad</p>
Fuente	Gráfica de constantes (DAH-Estación de Cuidados)
Metodología de Evaluación	Explotación de DAH e Informe de resultados por parte de SSII.
Peso	10% del peso del objetivo
Lím. Superior (Óptimo) / Lím Inferior	70%/50%
Subindicador 2	Reevaluación del dolor en pacientes con EVN/PANAID ≥ 3
Fórmula/Criterio de cumplimiento	<p>NUMERADOR: Nº de pacientes con dolor ≥ 3 en la escala EVN/PAINAD con reevaluación X 100 DENOMINADOR: Total de pacientes con dolor ≥ 3 en la escala EVN/PAINAD</p>
Fuente	Gráfica de constantes (DAH-Estación de Cuidados)
Metodología de Evaluación	Explotación de DAH e Informe de resultados por parte de SSII.
Peso	10% del peso total del objetivo
Lím. Superior (Óptimo) / Lím. Inferior	80%/60%

3 Listado de Verificación quirúrgica

Indicador 3	LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA (Cumplimentación)
Fórmula/Criterio de cumplimiento	(nº de pacientes intervenidos en cirugía programada a los que se ha aplicado la lista de verificación quirúrgica*100 / total de pacientes intervenidos de cirugía programada) = 100%
Fuente	DAH
Metodología de Evaluación	Explotación del Sistema de información
Peso	15% del peso del objetivo
Lím. Superior (Óptimo)/ Lím. Inferior	Cumple/No cumple
Observaciones	

4 Conciliación de la Medicación

Indicador 4	Conciliación de la medicación (al ingreso y al alta en la atención hospitalaria)
Fórmula/Criterio de cumplimiento	monitorización del nivel de conciliación e informe de medidas adoptadas
Fuente	UGC (Auditoría, DAH-gestión del conocimiento)
Metodología de Evaluación	Auditoría de Historia de Salud e informe de la Dirección de la Unidad con el resultado obtenido y con las medidas de mejora adoptadas para mejorar la conciliación en el segundo semestre del año con respecto al primero y al finalizar el segundo semestre Informe de la Unidad que especifique las medidas adoptadas para garantizar la conciliación de la medicación. Se incluirá resultado de autoauditoría con el porcentaje de pacientes a los que se les realiza la conciliación de la medicación al ingreso, así como el porcentaje de pacientes a los que se les realiza la conciliación al alta POR SEMESTRE. Se deben incluir además las medidas adoptadas para mejorar la conciliación en el segundo semestre con respecto al primero y al finalizar el segundo semestre
Peso	15% del peso del objetivo
Lím. Superior (Óptimo)/ Lím. Inferior	Cumple/No cumple
Observaciones	CP-2018: 4.1.1.4.

5. NOTIFICACIÓN Y ABORDAJE DE EVENTOS ADVERSOS

Indicador 5	NOTIFICACIÓN Y ABORDAJE DE EVENTOS ADVERSOS) % de riesgos e incidentes gestionados con acciones de mejora implantadas
Fórmula / Criterio de cumplimiento	(Número de riesgos e incidentes gestionados con acciones de mejora implantadas / Nº Total de riesgos e incidentes notificados) *100
Fuente	<ul style="list-style-type: none"> - Para el numerador: Informe de la UGC sobre los riesgos e incidentes gestionados con acciones de mejora implantadas - Para el denominador: Sistemas de notificación utilizados por la UGC (Observatorio para la Seguridad del Paciente, HURS, UGC, Sociedades Científicas...)
Metodología de Evaluación	Auditoría documental, VBº Dirección
Peso	15% del peso del objetivo
Lím. Superior (Óptimo)/Lím. Inferior	>= 25%
Observaciones	CP-2018 4.1.1.1

6.-Infección del Sitio Quirúrgico en Cataratas y Recomendaciones de Infección Quirúrgica Zero

Indicador A	Incidencia de infección del sitio quirúrgico en CATARATAS
Fórmula / Criterio de cumplimiento	Nº de pacientes con ISQ durante el periodo de estudio (vigilancia hasta 30d postcirugía/90días si colocación de implante o prótesis) EN CATARATAS*100/pacientes intervenidos durante el periodo. NIVEL DE CUMPLIMIENTO
Fuente	Medicina Preventiva (PIRASOA)
Metodología de Evaluación	Informe de resultados de Medicina Preventiva
Peso	10%
Lím. Superior (Óptimo)/Lím. Inferior	10 / 0 (OFTALMOLOGÍA: LS: 0.6, VM: 1, LI: 2)
Observaciones	LS: Límite superior: valor a alcanzar para puntuar un 10. VM: valor medio: valor a alcanzar para puntuar un 5; LI: límite inferior: puntúa cero.

Indicador B	Adherencia a las recomendaciones IQZ
Fórmula / Criterio de cumplimiento	(Número de pacientes quirúrgicos con listado cumplimentado de recomendaciones IQZ x 100/Total de pacientes quirúrgicos)
Fuente	DAH para Unidades quirúrgicas. Check list de riesgo quirúrgico para UGC Anestesiología y Reanimación
Metodología de Evaluación	Explotación de los SSII e informe con el resultado obtenido
Peso	10%
Lím. Superior (Óptimo)/Lím. Inferior	80%/60%
Observaciones	<p>Las Recomendaciones IQZ priorizadas son: Eliminación correcta del vello, Profilaxis antibiótica, uso de clorhexidina, comprobación de Normotermia y de Normoglucemia.</p> <p>Se considerará que el listado de recomendaciones IQZ está correctamente cumplimentado si:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En unidades quirúrgicas: figura la Comprobación de la correcta preparación y eliminación del vello, Comprobación de Normotermia y de Normoglucemia (Según P.O.E.). En el caso de incorrecta preparación de la piel en el domicilio, se procederá a la preparación de la misma, en la unidad de hospitalización - Para Anestesiología y Reanimación: figura la Comprobación de la administración de profilaxis antibiótica y del uso de Clorhexidina para la preparación de la piel, Comprobación de Normotermia y de Normoglucemia. (Según P.O.E) <p><u>Se excluye la cirugía urgente vital</u></p> <p>A la fecha de firma del presente acuerdo, las unidades quirúrgicas aún utilizan el listado en papel a la espera de ser incorporado en DAH.</p>

✓ **Objetivo básico 1.7 ÍNDICE SINTÉTICO DE FARMACIA**

Peso total del objetivo:5 PUNTOS

OFTALMOLOGÍA		
	Valor de partida	Objetivo CP
PPA	94,00 %	95,00 %
RXXI	98,57 %	100,00 %

Indicador 1	% PRESCRIPCIÓN POR PRINCIPIO ACTIVO
Fórmula/Criterio de cumplimiento	Nº DE RECETAS CON PRESCRIPCIÓN POR PA X100/Nº TOTAL DE RECETAS PRESCRITAS >=95%
Fuente	Farmacia
Metodología de Evaluación	Informe de resultados por parte de la UGC de Farmacia
Peso	50% del peso del objetivo
Lím. Superior (Óptimo)/ Lím. Inferior	>=95% / 94% (Objetivo CP / Situación UGC)
Observaciones	Objetivo CP 6.1.9

Indicador 2	RECETA XXI
Fórmula/Criterio de cumplimiento	(Nº de prescripciones por R XXI / Nº Total de prescripciones en Diraya-MTI) x 100
Fuente	Farmacia
Metodología de Evaluación	Informe de resultados por parte de la UGC de Farmacia
Peso	50% del peso del objetivo
Lím. Superior (Óptimo)/ Lím. Inferior	100% / 98,57% (Objetivo CP/ Situación de partida de la UGC)
Observaciones	

✓ **Objetivo básico 1.8 ÍNDICE SINTÉTICO DE CONTRATO PROGRAMA**

Peso total del objetivo: 7 PUNTOS

- 1 PLAN DE HUMANIZACIÓN (25%)
- 2 Formación de tutores y tutoras de la Unidad (25%)
- 3 Registro adecuado en DAH (25%)
- 4- Terapias Avanzadas (25%)

1 PLAN DE HUMANIZACIÓN

Indicador 1	Plan de Personalización de la Asistencia
Fórmula / Criterio de cumplimiento	Puesta en marcha de las acciones priorizadas para la UGC
Fuente	UGC (Informe de actuaciones realizadas en relación a las acciones priorizadas para la UGC)
Metodología de Evaluación	Auditoría documental y Visto Bueno por parte de la Dirección
Peso	25 % del peso del objetivo
Lím. Superior (Óptimo)/Lím. Inferior	Cumple/No cumple
Observaciones	Las acciones se priorizarán del catálogo del Plan de Humanización elaborado a nivel Institucional. Se asignarán a la UGC no más de 3 acciones a implantar. CP-2018 1.4.1.1

2 Formación de tutores y tutoras de la Unidad

Se incentivará la formación de tutores y tutoras de la Unidad, en competencias docentes debiendo tener realizado un curso de formación de Tutores de Especialistas de Ciencias de la Salud, al menos el 75% de ellos.

Indicador 2	% Tutores realizan un curso de formación de Tutores de Especialistas
Fórmula/Criterio de cumplimiento	Número de tutores que ha recibido la formación con éxito de la actividad docente *100/ Número total de tutores de la Unidad
Fuente	PORTALEIR y/o documento acreditativo de la actividad docente
Metodología de Evaluación	Explotación e informe desde Portaleir y/o Auditoría documental por parte de la Unidad Docente.
Peso	25 % del peso del objetivo
Lím. Superior (Óptimo)/ Lím. Inferior	100% - 75%
Observaciones	Fecha de corte: 15/12/2018

3 Registro adecuado en DAH

Indicador	Realizar un registro adecuado y completo en la historia clínica electrónica corporativa (Diraya): Porcentaje de episodios de hospitalización y consultas externas con la tipología de registros adecuados
Fórmula / Criterio de cumplimiento	$(N^{\circ} \text{ de episodios con registro correcto en DAH} / \text{Total de episodios}) \times 100$
Fuente	DAH (SSII)
Metodología de Evaluación	Explotación de los SSII e Informe de resultados
Peso	25% del peso del objetivo
Lím. Superior (Óptimo)/Lím. Inferior	100% / 90%
Observaciones	El episodio correcto de hospitalización es aquel que incluya al menos, si está abierto, un episodio de anamnesis, y si está cerrado, un episodio de anamnesis, uno de evolución y uno de alta y/o éxitus). En CCEE es el que incluye al menos, una hoja de anamnesis, o de evolución, o específica o con informe de alta, respecto al total de citas realizadas de dicho ámbito. Objetivo CP 12.1.2. Para el cálculo del indicador se consideran tanto los episodios de Hospitalización como los de Consultas externas.

4 TERAPIAS AVANZADAS

Objetivo CP-2018 17.1.1. Garantizar la equidad en el acceso a nuevos tratamientos de terapias avanzadas por parte de cualquier paciente andaluz. Colaborar con la obtención de material biológico. Correcto desarrollo de los EE CC. (Terapias Avanzadas).

17.1.1.2 La dirección del hospital apoyará que los EECC de terapias avanzadas promovidos por la CS a través de la UC-IATA se realicen de forma que se alcancen los compromisos de reclutamiento y se respeten las Buenas Prácticas Clínicas facilitando la formación en las mismas a los investigadores y colaboradores implicados

Indicador 1	% pacientes reclutados
Fórmula / Criterio de cumplimiento	Nº de pacientes reclutados por año (x100) / Nº de pacientes previstos anualmente en el compromiso de cada centro). NIVEL DE CUMPLIMIENTO
Fuente	UGC (Informe monitorización)
Metodología de Evaluación	Informe monitorización, VBº Dirección
Peso	12.5%
Lím. Superior (Óptimo)/Lím. Inferior	10/0
Observaciones	NIVEL DE CUMPLIMIENTO: Pendiente de recibir límites desde SSCC. Mientras tanto se define como Nivel de Cumplimiento

Indicador 2	% desviaciones graves de las Buenas Prácticas Clínicas por paciente reclutado
Fórmula / Criterio de cumplimiento	Nº de desviaciones graves de las Buenas Prácticas Clínicas (x100) / Número de pacientes incluidos en los EECC NIVEL DE CUMPLIMIENTO
Fuente	UGC (Informe monitorización)
Metodología de Evaluación	Informe monitorización, VBº Dirección
Peso	12.5%
Lím. Superior (Óptimo)/Lím. Inferior	10/0
Observaciones	NIVEL DE CUMPLIMIENTO: Pendiente de recibir límites desde SSCC. Mientras tanto se define como Nivel de Cumplimiento

UGC APLICAR H. REINA SOFIA	UGC APLICAR/EECC
Oftalmología	Oftalmología: Úlcera Corneal (CAH/Ulc/2010)

✓ **Objetivo básico 1.9 ÍNDICE SINTÉTICO DE ACCESIBILIDAD (2)**

Peso total del objetivo: 7 PUNTOS (a repartir por igual (25%) entre los siguientes)

- 1.- GESTIÓN DE COLA
- 2.- TIEMPOS DE QUIRÓFANO A NIVEL ÓPTIMO
- 3.- Demora en procedimientos no garantizados
- 4.- Ajuste de la Tasa de Indicación quirúrgica al estándar andaluz: Procedimiento CATARATAS

Indicador 1	GESTIÓN DE COLA: % Pacientes con una demora de salida mayor que el percentil 90 respecto a la demora de los pacientes activos que han quedado en lista de espera sin intervenir.
Fórmula / Criterio de cumplimiento	% Pacientes con una demora de salida mayor que el percentil 90 respecto a la demora de los pacientes activos que han quedado en lista de espera sin intervenir.
Fuente	AGD, Infhos
Metodología de Evaluación	Explotación AGD e informe de resultados
Peso	25% del peso del objetivo
Lím. Superior (Óptimo)/Lím. Inferior	95% / 85%
Observaciones	<p>Gestión de cola. Se contabiliza: - Procedimientos iguales. Por ejemplo, demora de un paciente por túnel carpiano intervenido en el mes, frente al resto de pacientes con el mismo procedimiento que han quedado en lista de espera sin intervenir y que tienen una demora mayor.</p> <p>- NO se contabilizan los que salen por intervención en el concierto o los que han sido registrados como preferentes, por ser dos circunstancias que podían alterar el indicador</p>
Indicador 2	TIEMPOS DE QUIRÓFANO A NIVEL ÓPTIMO
Fórmula / Criterio de cumplimiento	TIEMPOS DE QUIRÓFANO A NIVEL ÓPTIMO. NIVEL DE CUMPLIMIENTO (PENDIENTE DE RECIBIR LÍMITES)
Fuente	DAH, SSII
Metodología de Evaluación	Informe de resultados por parte de SSII, VBº Dirección
Peso	25% del peso del objetivo
Lím. Superior (Óptimo)/Lím. Inferior	10/0 (NIVEL DE CUMPLIMIENTO, EN TANTO SE RECIBEN LÍMITES)
Observaciones	<p>Tiempos de Quirófano: Tiempo inicio +Tiempo finalización.</p> <p>-Tiempo de inicio. Tiempo transcurrido desde el inicio de la jornada laboral de la sesión hasta que entra el primer paciente</p> <p>- Tiempo de Finalización. Tiempo transcurrido desde la salida del ultimo paciente de la sesión quirúrgica hasta la finalización dela jornada laboral</p>

Indicador 3	Demora en procedimientos no garantizados
Fórmula / Criterio de cumplimiento	Nº de pacientes pendientes programables de procedimientos no garantizados con más de 365 días de demora = 0 y TNP =<10
Fuente	AGD
Metodología de Evaluación	Explotación AGD e informe de resultados
Peso	25% del peso del objetivo
Lím. Superior (Óptimo)/Lím. Inferior	Cumple / no cumple
Observaciones	Objetivo CP 2.1.3

Indicador 4	Ajuste de la Tasa de Indicación quirúrgica al estándar andaluz: Procedimiento CATARATAS
Fórmula/Criterio de cumplimiento	Diferencia entre Tasas ajustadas de Indicación del procedimiento: Tasa ajustada HURS - Tasa Estándar (Grupo de Hospital) <= 0
Fuente	AGD Tasas de Indicaciones Quirúrgicas
Metodología de Evaluación	Explotación del registro e Informe del Servicio de Sistemas de Información con el resultado obtenido
Peso	25% del peso total del objetivo
Lím. Superior (Óptimo)/ Lím. Inferior	Cumple / No cumple
Observaciones	La UGC plantea que en la situación actual no es viable cumplir este objetivo hasta que no se normalice el acceso de los pacientes nuevos a la consulta de cataratas

✓ **Objetivo básico 1.10 Índice sintético de Cumplimiento de Acuerdo de Consumo (Capítulo II y IV sin recetas)**
Peso total del objetivo:5 PUNTOS

OBJETIVO BÁSICO: ÍNDICE SINTÉTICO CUMPLIMIENTO ACUERDO DE CONSUMO CAPÍTULO II Y IV

UGC/ OBJETIVO ACUERDO DE CONSUMO	CAPÍTULO II	FARMACIA	ORTOPRÓTESIS	TAXIS	Total
OFTALMOLOGÍA	73	25	2		100

Indicador 1	CONTROL DEL CONSUMO CAPÍTULO II
Fórmula/Criterio de cumplimiento	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
Fuente	Subdirección Económica Control Gestión
Metodología de Evaluación	Informe de resultados por parte de la Subdirección Económica Control Gestión
Peso	73 % (% sobre el peso total del objetivo)
Lím. Superior (Óptimo)/ Lím. Inferior	10 / 0
Observaciones	Se evaluará teniendo en cuenta el consumo realizado por la UGC en el periodo del acuerdo y su comparativa con el objetivo de consumo asignado para dicho periodo. El cierre de consumo podrá ajustarse por el impacto derivado de incremento de actividad autorizada por la Dirección Gerencia y no financiada en el objetivo autorizado

Indicador 2	CONTROL DEL CONSUMO EN FARMACIA
Fórmula/Criterio de cumplimiento	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
Fuente	Subdirección Económica Control Gestión
Metodología de Evaluación	Informe de resultados por parte de la Subdirección Económica Control Gestión
Peso	25% (% sobre el peso total del objetivo)
Lím. Superior (Óptimo)/ Lím. Inferior	10 / 0
Observaciones	Se evaluará teniendo en cuenta el consumo realizado por la UGC en el periodo del acuerdo y su comparativa con el objetivo de consumo asignado para dicho periodo.

Indicador 3	CONTROL DEL CONSUMO EN ORTOPEDIA
Fórmula/Criterio de cumplimiento	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
Fuente	Subdirección Económica Control Gestión
Metodología de Evaluación	Informe de resultados por parte de la Subdirección Económica Control Gestión
Peso	2 % (% sobre el peso total del objetivo)
Lím. Superior (Óptimo)/ Lím. Inferior	10 / 0
Observaciones	Se evaluará teniendo en cuenta el consumo realizado por la UGC en el periodo del acuerdo y su comparativa con el objetivo de consumo asignado para dicho periodo.

2.-AVANZADOS

(corresponden al 30% de la ponderación del AGC) (no más de 6 objetivos)

✓ Objetivo avanzado 2.1 ACTO ÚNICO en cirugía de cataratas

Indicador	Realizar en acto único indicación, la inclusión en LEQ y la fecha de intervención, en pacientes con indicación de cirugía de cataratas con anestesia tópica que no requieren valoración preanestésica: % Cataratas atendidas en acto único (de las que cumplen los requisitos)
Fórmula/Criterio de cumplimiento	(nº pacientes de Cataratas atendidos en acto único de las que cumplen los criterios / nº total de pacientes de cataratas con criterios) x 100
Fuente	UGC (Informe de resultados)
Metodología de Evaluación	Auditoría documental, VBº Dirección
Peso	5
Lím. Superior (Óptimo)/ Lím. Inferior	Cumple (>=50%) / no cumple
Observaciones	Se ha iniciado en marzo. De cara a la evaluación se ajustará el periodo a evaluar.

✓ Objetivo avanzado 2.2 Mejora de resultados en cirugía del glaucoma del adulto (reingresos)

Indicador	% reingresos dentro de los primeros 30 días tras el alta de la cirugía de glaucoma
Fórmula/Criterio de cumplimiento	(Número total de reingresos relacionados con el ojo operado antes de los 30 días postcirugía/ Total de pacientes operados de glaucoma) x 100
Fuente	CMBD
Metodología de Evaluación	Explotación del SSII e informe de resultado
Peso	5
Lím. Superior (Óptimo)/ Lím. Inferior	3.0% / 3.7%
Observaciones	

✓ Objetivo avanzado 2.3 Mejora de resultados en cirugía de desprendimiento de retina (Reintervenciones)

Indicador	Porcentaje anual de reintervenciones no planeadas en el mismo ojo operado de DR dentro de los 30 días post cirugía de DR
Fórmula/Criterio de cumplimiento	(Número de reintervenciones no planeadas en el mismo ojo operado de DR dentro de los primeros 30 días después de la cirugía /Número de Intervenido de desprendimiento de retina) x 100
Fuente	CMBD
Metodología de Evaluación	Explotación del SSII e informe de resultado
Peso	5
Lím. Superior (Óptimo)/ Lím. Inferior	2.1% / 3.6%
Observaciones	Se considerarán todos los motivos de reintervención relacionados o provocados por la primera intervención quirúrgica de DR.

✓ **Objetivo avanzado 2.4 Disminuir la demora en la atención a niños con ambliopía**

Indicador	% niños diagnosticados de ambliopía vistos antes de 60 días
Fórmula/Criterio de cumplimiento	(Nº niños diagnosticados de ambliopía vistos antes de 60 días / Nº total niños diagnosticados de ambliopía derivados a la UGC) x 100
Fuente	UGC (Informe de resultados: DAH-Gestión del Conocimiento (pendiente de cerrar forma de registro hoja de anamnesis, juicio clínico), solicitudes en pap
Metodología de Evaluación	Auditoría documental, VBº Dirección
Peso	5
Lím. Superior (Óptimo)/ Lím. Inferior	90% / 80%
Observaciones	

✓ **Objetivo avanzado 2.5 Ajustar el % de resolución de CMA a los estándares de la especialidad por grupo de hospitales**

Indicador 5	Ajuste del índice de resolución por CMA a los estándares de la especialidad y grupo de hospitales: Índice de resolución por CMA
Fórmula/Criterio de cumplimiento	índice de resolución de CMA: (total de procedimientos que se han realizado efectivamente por CMA / total de procedimientos susceptibles de cirugía ambulatoria (CMA + H)) x 100: NIVEL DE CUMPLIMIENTO
Fuente	CMBD
Metodología de Evaluación	Explotación del registro e Informe del Servicio de Sistemas de Información con el resultado obtenido
Peso	5
Lím. Superior (Óptimo)/ Lím. Inferior	10/0 (Nivel de cumplimiento en tanto se reciben estándares CMA de especialidad y grupo de hospitales)
Observaciones	CP-2018: 2.1.9. La UGC plantea que, se excluyan los casos de las secciones de Órbita y Polo anterior-Glaucoma que no cumplan criterios UCA de los Morales "No apto UCA".

✓ **Objetivo avanzado 2.6 Mejorar adherencia al tratamiento de los pacientes diagnosticados de glaucoma primario de ángulo abierto**

Indicador	Nº DE TALLERES REALIZADOS PARA PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE GLAUCOMA
Fórmula/Criterio de cumplimiento	Nº de talleres realizados en el año
Fuente	UGC (Informe de resultados y documentación acreditativa de la realización de los talleres)
Metodología de Evaluación	Auditoría documental, VBº Dirección
Peso	5
Lím. Superior (Óptimo)/ Lím. Inferior	6 / 1
Observaciones	

3.- EXCELENCIA

(corresponden al 20% de la ponderación del AGC) (No más de 4 objetivos)

✓ **Objetivo de excelencia 3.1 Realizar el informe de las retinografías antes de 30 días desde su recepción**

Indicador	Porcentaje de informes emitidos de las retinografías antes de 30 días desde su recepción
Fórmula/Criterio de cumplimiento	(Número de informes de retinografías realizados antes de 30 días desde su recepción / Número total de retinografías enviadas por intranet) x 100
Fuente	UGC (Registro de retinografías)
Metodología de Evaluación	Explotación del registro e informe de resultados por parte del responsable de la UGC. Auditoría externa si se estima necesario
Peso	5
Lím. Superior (Óptimo)/ Lím. Inferior	100%/90%
Observaciones	

✓ **Objetivo de excelencia 3.2 Índice sintético de Uso racional (medicamentos y otras tecnologías)**

Peso del objetivo= 5 puntos: a repartir por igual entre los distintos indicadores:

1 Utilizar de forma adecuada los fármacos Antiangiogénicos y corticoides de administración intravítrea

Indicador 1	Porcentaje de inyecciones intravítreas de Antiangiogénicos realizadas dentro de las 48 horas de la llegada del paciente.
Fórmula/Criterio de cumplimiento	(Número de inyecciones intravítreas de Antiangiogénicos realizadas dentro de las 48 horas /Número total de inyecciones intravítreas de Antiangiogénicos realizadas) x 100
Fuente	Registro propio de la UGC
Metodología de Evaluación	Explotación del registro e Informe de resultados por parte de la UGC (Visto Bueno de la DM)
Peso	20% del peso del objetivo
Lím. Superior (Óptimo)/ Lím. Inferior	90 / 70
Observaciones	
Indicador 2	Porcentaje de inyecciones intravítreas de Antiangiogénicos realizadas en Consultas Externas
Fórmula/Criterio de cumplimiento	(Número de inyecciones intravítreas de Antiangiogénicos realizadas en Consultas Externas /Número total de inyecciones intravítreas de Antiangiogénicos realizadas) x 100.
Fuente	Registro propio de la UGC
Metodología de Evaluación	Explotación del registro e Informe de resultados por parte de la UGC (Visto Bueno de la DM)
Peso	20% del peso del objetivo
Lím. Superior (Óptimo)/ Lím. Inferior	90 / 70
Observaciones	
Indicador 3	Elaboración y puesta en marcha de Protocolo de utilización de Antiangiogénicos
Fórmula/Criterio de cumplimiento	Documento del protocolo elaborado, difundido entre los profesionales e implantado, con designación de responsable del mismo.
Fuente	UGC (Informe)
Metodología de Evaluación	Auditoría (Protocolo e Informe de la UGC, Visto Bueno de la DM)
Peso	20% del peso del objetivo
Lím. Superior (Óptimo)/ Lím. Inferior	Cumple /No cumple
Observaciones	

2 ÍNDICE DE CONSUMO AJUSTADO: PRÓTESIS OFTALMOLÓGICAS

Indicador 2 A	ICA=Índice de Consumo Ajustado (Razón entre el consumo Observado y el consumo Esperado por Hie (edad y sexo) de los Implantes Quirúrgicos (*), a cierre del año, deberá ser <=1.
Fórmula / Criterio de cumplimiento	Unidades de Consumo observado Hie /Unidades Consumo esperado Hie
Fuente	Dirección Económica
Metodología de Evaluación	Dirección Económica
Peso	20 % del peso del objetivo
Lím. Superior (Óptimo)/Lím. Inferior	Cumple <=1/ No cumple
Observaciones	Implantes Quirúrgicos (*): Prótesis Cardiológicas, Implantes vasculares, Prótesis Osteoarticulares, Prótesis Oftalmológicas . CP-2018: 6.2.1.
Indicador 2 B	IITA = Índice del Importe Total Ajustado (Razón entre el Importe Total Observado y el Importe Total Esperado por Hie (edad y sexo) de los Implantes Quirúrgicos (*), a cierre del año, deberá ser <=1.
Fórmula / Criterio de cumplimiento	Importe total observado Hie / Importe total esperado Hie
Fuente	Dirección Económica
Metodología de Evaluación	Dirección Económica
Peso	20 % del peso del objetivo
Lím. Superior (Óptimo)/Lím. Inferior	Cumple <=1/ No cumple
Observaciones	Implantes Quirúrgicos (*): Prótesis Cardiológicas, Implantes vasculares, Prótesis Osteoarticulares, Prótesis Oftalmológicas . CP-2018: 6.2.2.

✓ **Objetivo de excelencia 3.3 MEJORAR LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA**

Indicador	el dato más favorable para la UGC entre: a) Índice de Impacto acumulado en el año a evaluar (2018): Suma del Factor de Impacto de los artículos ya publicados en ese año, utilizando como valor el que se haya recogido en el Journal Citation Report del año anterior b) Media de índice de impacto de los años a evaluar y anterior (2017 y 2018)
Fórmula/Criterio de cumplimiento	a) Índice de Impacto acumulado en el año a evaluar (2018): para revistas publicadas en Pub-Med. b) Media de índice de impacto de los años a evaluar y anterior (2017 y 2018)
Fuente	Unidad de Gestión Científica del IMIBIC
Metodología de Evaluación	Informe de la Unidad de Gestión Científica del IMIBIC
Peso	5
Lím. Superior (Óptimo)/ Lím. Inferior	4 / 2 (Revisión 2018 IMIBIC, queda igual)
Observaciones	
Publicaciones que se consideran	Originales, editoriales, cartas con material original (pero no cartas de opinión) y revisiones que estén adecuadamente filiadas de acuerdo con las Instrucciones recogidas en la Resolución SA 0437/13 de 4 de julio de la Dirección-Gerencia del SAS sobre Referencias de afiliación e identificación de autores en las publicaciones de documentos científicos.
Publicaciones que no se consideran	Las comunicaciones o abstract publicados, cartas de opinión, así como las del apartado anterior que estén inadecuadamente filiadas.

Dado que existe una gran variabilidad en el impacto de las publicaciones de las distintas áreas, y puesto que el número de dichas publicaciones pueden oscilar de unos a otros años, se han establecido compensaciones que faciliten alcanzar el objetivo para aquellas unidades con mayor dificultad para publicar en revistas de alto impacto.

Compensaciones

A.Cualquiera de los siguientes logros de la Unidad supondrá compensar con el 100% de la puntuación total.

- ↪ Disponer de un Investigador contratado a través de convocatoria competitiva.
- ↪ Participar en Centros o Redes de investigación cooperativa (CIBER, RETICS, Grupos SSPA y Redes internacionales.
- ↪ Presentar o participar en la presentación de proyectos internacionales.
- ↪ Participar en ensayos clínicos independientes.
- ↪ Publicar en revistas de Q1.
- ↪ Disponer de Registros originales de la propiedad intelectual e industrial o transferencias de tecnología.
- ↪ Conseguir un Río Hortega en el programa del IS Carlos III.

B.Los siguientes criterios permitirán compensaciones sobre el objetivo de factor de impacto.

- ↪ Solicitar una patente o registro compensa 10 puntos.
- ↪ Un trabajo en primer decil, 2 en primer cuartil o 4 en segundo cuartil equivale a 5 puntos de impacto.
- ↪ Cada 10.000 euros de financiación destinada a la investigación (contratos con empresas, proyectos competitivos de financiación pública o privada, el 50% del tercio de la compensación para ensayos clínicos destinados a I+D y que sean conseguidos por el propio grupo como Investigador Principal y gestionados por la Fundación Gestora de la Investigación, compensan 2 puntos de impacto).

✓ **Objetivo de excelencia 3.4 Plan de Eficiencia Capítulo II y IV sin recetas**

Indicador	ELABORACIÓN Y CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE EFICIENCIA CAPÍTULO II Y IV
Fórmula / Criterio de cumplimiento	NIVEL DE CALIDAD Y DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE EFICIENCIA
Fuente	Subdirección Económica Control Gestión
Metodología de Evaluación	Informe de resultados por parte de la Subdirección Económica Control Gestión
Peso	5
Lím. Superior (Óptimo)/Lím. Inferior	10 / 0
Observaciones	Se evaluará teniendo en cuenta el Plan de Eficiencia Capítulo II y IV elaborado por la UGC, la calidad del mismo, las medidas que lo componen y su orientación a control de las principales desviaciones de consumo de la UGC, así como el grado de cumplimiento del mismo (% de medidas con resultado e impacto económico alcanzado/impacto esperado)

Tablas resumen de objetivos

Objetivos Básicos (50%, máximo 10 objetivos)	Pesos
Objetivo básico 1.1 Garantizar la Accesibilidad y la Equidad	5
Objetivo básico 1.2 ÍNDICE SINTÉTICO DE ACCESIBILIDAD 1	5
Objetivo básico 1.3 Continuidad Asistencial. Urgencias / Hospitalización	3
Objetivo básico 1.4 Relaciones con la ciudadanía	3
Objetivo básico 1.5 Planes Integrales Operativos	5
Objetivo básico 1.6 ÍNDICE SINTÉTICO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	5
Objetivo básico 1.7 ÍNDICE SINTÉTICO DE FARMACIA	5
Objetivo básico 1.8 ÍNDICE SINTÉTICO DE CONTRATO PROGRAMA	7
Objetivo básico 1.9 ÍNDICE SINTÉTICO DE ACCESIBILIDAD 2	7
Objetivo básico 1.10 Índice sintético de Cumplimiento de Acuerdo de Consumo	5
Total	50

Objetivos Avanzados (30%, máximo 6 objetivos)	Pesos
Objetivo avanzado 2.1 ACTO ÚNICO en cirugía de cataratas	5
Objetivo avanzado 2.2 Mejora de resultados en cirugía del glaucoma del adulto (reingresos)	5
Objetivo avanzado 2.3 Mejora de resultados en cirugía de desprendimiento de retina (Reintervenciones)	5
Objetivo avanzado 2.4 Disminuir la demora en la atención a niños con ambliopía	5
Objetivo avanzado 2.5 Ajustar el Índice de Resolución de CMA a los estándares de la especialidad	5
Objetivo avanzado 2.6 Mejorar adherencia al tratamiento de los pacientes diagnosticados de glaucoma primario de ángulo abierto	5
Total	30

Objetivos de Excelencia (20%, máximo 4 objetivos)	Pesos
Objetivo de excelencia 3.1 Realizar el informe de las retinografías antes de 30 días desde su recepción	5
Objetivo de excelencia 3.2 Índice sintético de Uso racional (medicamentos y otras tecnologías)	5
Objetivo de excelencia 3.3 Mejorar la Producción Científica	5
Objetivo de excelencia 3.4 Plan de Eficiencia Capítulo II y IV sin recetas	5
Total	20

Anexo: Gobierno Clínico (Gobernanza) de la UGC Cumplimiento documentado de los criterios.

En este anexo se incluirían las actas con la hoja de firma de los profesionales de:

Reunión de equipo de la UGC, en que se deciden los objetivos propuestos por la UGC. La firma de los profesionales es el comprobante de que se les hace partícipe de esta elaboración del AGC.

Acta de la Comisión de Dirección de la UGC, en que se da traslado de los objetivos propuestos por la UGC, al Centro.

Reunión de equipo en que se difunden los objetivos finales contemplados en el AGC definitivo de la UGC, firmado con la Dirección del distrito/AGS. La firma de los profesionales es el comprobante de que se les ha informado del AGC firmado, no implica necesariamente estar de acuerdo con él, en todos sus extremos.

En este mismo documento, deben recogerse las fechas en las que el equipo de dirección de la UGC, va a mantener las reuniones individuales con cada miembro del equipo, a fin de fijar los objetivos individuales que tendrán cada uno de los profesionales y que serán aplicables a 2018, como forma de participación de los profesionales en la consecución de los objetivos contenidos en el AGC para 2018.

Los objetivos individuales fijados con cada profesional serán documentados, firmados y custodiados a fin de poder ser auditados por la dirección del Distrito/AGS y/o por los SSCC del SAS.