

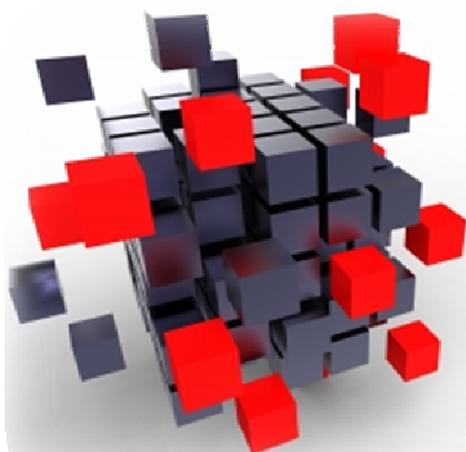
Acuerdo de Gestión Clínica 2017

UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE CIRUGÍA TORÁCICA

Código SIAGC:UGC000209

Hospital Universitario Reina Sofía.

Córdoba

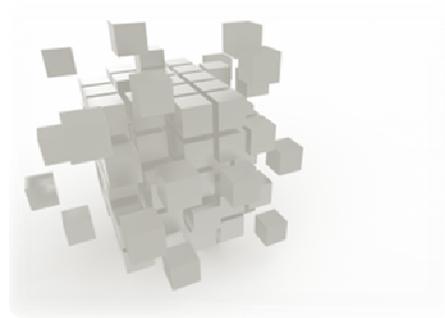




Dirección Gerencia Servicio Andaluz de Salud

Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud

Dirección de Innovaciones en Gestión Clínica



Diseño y maquetación: EASP

Ilustración de cubierta: Ventrilock, www.freedigitalphotos.net

Córdoba a 23 Diciembre 2016

Reunidos

De una parte, la Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y en su nombre y representación D. Ángel Salvatierra Velázquez, en calidad de Director/Responsable de la Unidad de Cirugía Torácica.

De otra parte, el Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba y en su nombre y representación Dña. Marina Álvarez Benito, en calidad de Directora Gerente.

Acuerdan

El siguiente Acuerdo de Gestión para el año 2017.

Director/Responsable de la Unidad



Fdo.: D. Ángel Salvatierra Velázquez

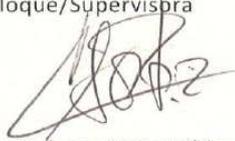
La Directora Gerente del Hospital



Fdo.: Dña. Marina Álvarez Benito

Coordinadora de Cuidados/Enfermera

Jefa de Bloque/Supervisora



Fdo.: Dña. Dolores Ortiz Muñoz

INTRODUCCIÓN

La Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud atribuye una importancia capital a que los acuerdos de gestión clínica (AGC) profundicen en el avance en el cambio organizativo hacia un nuevo modelo sanitario dentro del marco de la gestión clínica, donde destaca:

- La voluntad de reforzar la orientación a resultados en salud.
- La participación e implicación de la totalidad de sus profesionales.
- Y una gestión racional, socialmente responsable y eficiente de los recursos disponibles, en el marco de una estrategia, siempre necesaria y actualmente imprescindible, de sostenibilidad del SSPA.

Por ello y como resultado de la experiencia acumulada en los años precedentes por las Unidades de Gestión Clínica del Servicio Andaluz de Salud (SAS), mantienen en el Acuerdo de Gestión los aspectos relevantes iniciados en el año 2015 para la consolidación de la gestión clínica, específicamente:

- A. Los resultados más relevantes y significativos obtenidos en los últimos cinco años: índices básicos de complejidad y eficiencia, de producción y de gestión económica y algunos indicadores clave de resultados que expresen el esfuerzo ya realizado y que orienten el camino a recorrer en estos ámbitos por las Unidades de Gestión Clínica.
- B. Los criterios que se han seguido y se han de reforzar para la constitución de una arquitectura sólida y evaluable de UGC, describiendo la estrategia de la Dirección Corporativa para su identificación y aplicación con carácter transparente.

En el caso específico de las UGC Inter Centros y de las unidades constituidas por más de un área de conocimiento deben incorporar información clara y relevante sobre:

- La forma en que organiza la oferta de su Cartera de Servicios (distribución - ubicación territorial y sistema de acceso poblacional para los procesos y procedimientos incluidos en la Cartera de Servicios).
 - La forma en que se organiza la Unidad en su conjunto (recursos humanos, tecnológicos, formativos y de investigación) para garantizar una oferta equitativa, eficiente, accesible y orientada a resultados clínicos y en salud.
 - Valor añadido que aporta la Unidad con la integración de diferentes áreas de conocimiento.
- C. El sistema de Gobierno Clínico de las UGC que la Dirección Corporativa promueve como elemento diferenciador de la gestión clínica frente a otras alternativas de organización.
 - D. La apuesta decidida por seleccionar e implantar objetivos de resultado en salud y / o

clínicos normalizados, que concentren los esfuerzos de los profesionales e identifiquen su impacto en la población andaluza, con especial significación de la eliminación de la práctica clínica, de lo que “no es correcto hacer”.

Este modelo actualizado de Acuerdo de Gestión Clínica pretende primar la selección de la actividad eficiente, basándose en una oferta de servicios organizada de forma innovadora, donde los criterios de productividad sean la consecuencia de un análisis riguroso que permita identificar, implantar y alcanzar aquellas actividades y servicios que más pueden beneficiar a la población atendida, medidos por la consecución de resultados clínicos y su impacto en salud sanitariamente dependiente.

Para ello, se estructura el Acuerdo de Gestión Clínica 2016 de las Unidades Clínicas del Servicio Andaluz de Salud alrededor de seis apartados:

1. Evolución histórica de la UGC.
2. Justificación de la constitución de la UGC.
3. Sistema de Gobierno Clínico.
4. Objetivos orientados a resultados (este apartado tendrá un peso de 100 puntos que se ponderará por 0,75).
 - 4.1. Objetivos Comunes (50 % del peso total).
 - a) Capítulo I
 - b) Accesibilidad
 - c) Otros objetivos relacionados con la actividad y producción asistencial
 - d) Objetivos Estratégicos de Resultado Clínico / en Salud
 - e) Orientación al Ciudadano
 - f) Investigación e Innovación
 - g) Cronicidad
 - 4.2. Específicos (50 % del peso total)
 - a) De resultado clínico / en salud
 - b) Sobre “dejar de hacer”
 - c) Compartidos con otras Unidades

Los pesos de los apartados a) más b) supondrán el 85% del peso asignado a los objetivos específicos, no pudiendo ser 0 ninguno de los dos apartados.

El peso del apartado c) supondrá el 15% del peso asignado a los objetivos específicos.

En el caso de que la UGC no tenga objetivos del apartado “c”, los pesos de este apartado pasarán a los apartados “a” y/o “b”.

5. Objetivos Críticos (este apartado tendrá un peso de 100 puntos que se ponderará por 0,25).

- 5.1. Objetivos orientados al control de los consumos de material para la realización de la práctica asistencial de imputación directa a las UGC, indicaciones de ortopedia y de transporte no sanitario. (Cap. II y IV, sin farmacia).
- 5.2. Objetivos orientados al uso adecuado de la prescripción farmacéutica.
- a) Indicadores cuantitativos de farmacia (consumo).
 - b) Indicadores cualitativos (Índice sintético de calidad, prescripción por principio activo, etc.).

Se proporcionará una tabla orientativa y con los pesos a adjudicar a cada UGC para los objetivos incluidos en los puntos 5.1 y 5.2.

6. Anexos que recogen fichas e instrumentos necesarios para cumplimentar homogéneamente los apartados de Justificación de la Unidad (Anexo I), Gobernanza Clínica (Anexo II), Objetivos específicos (Anexos IIIa, IIIb, IV, V y VI), Reingresos por todas las causas. Aclaraciones (Anexo VII).

1. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA UNIDAD

Año de constitución: **2007**

RESULTADOS ULTIMOS 6 AÑOS						
Indicador	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nivel de acreditación alcanzado	NIVEL I	NIVEL II	NIVEL II	NIVEL II	NIVEL II	NIVEL III
Puntuación global de la unidad (CRP) ⁽¹⁾	9.31	9.97	8.76	9.82	9.44	8.5
IUE	0.61	0.66	0.61	0.57	0.59	0.60
Índice Casuístico	2.71	2.51	2.66	2.69	3.38	2.62
Estancias evitables	-2.252	-1.560	-1.094	-1.419	-1562	-1291
% Reingresos	0.54	0.19	0.93	0.51	0.76	0.97
% Mortalidad	0.54	0.19	0.93	0.51	0.50	0.97
Estancia Preoperatoria	1.55	1.58	1.89	0.87	0.26	0.62
% Prescripción por principio activo	No datos	No datos	91.67	97.16	96.53	95.67

(1)Entre paréntesis: puntuación original, sin aplicación del factor de corrección.

En el caso de que la UGC haya cambiado su constitución especificar a partir de qué año.

2. SISTEMA DE GOBIERNO CLÍNICO DE LA UNIDAD (GOBERNANZA)

La UGC se compromete a instaurar un sistema de gobierno clínico, caracterizado por:

1. Existencia de una dirección profesional:

- a. Única / Liderada por: D. Ángel Salvatierra Velázquez

La dirección debe estar basada en un documento explícito de gestión integradora de las áreas de conocimiento compartido y de gestión profesional específica de las áreas de conocimiento no compartido, que ha de ser conocido por todos los profesionales que componen la Unidad.

2. La dirección profesional de la Unidad estará orientada (así como su continuidad condicionada) a:

- a. La selección y alcance de resultados clínicos / en salud relevantes.
- b. La selección de medidas de eficiencia en la gestión de los recursos vinculados a la clínica (personas, tecnología, materiales, dispositivos sanitarios de elevado consumo y / o coste).
- c. Definición y compromiso para obtener el impacto económico estimado de las medidas de eficiencia propuestas.
- d. Gestión participativa de las personas integrantes de la Unidad.

3. Debe existir una Comisión de Dirección de la Unidad:

- a. Integrada, al menos por los líderes profesionales de las áreas de conocimiento
- b. Cuyas decisiones se relacionen coherentemente con los subapartados del punto 2.
- c. Y cuyas decisiones sean vinculantes para los líderes de las diferentes áreas de conocimiento.

4. La dirección deberá propiciar la participación activa de los usuarios atendidos en la Unidad, en las decisiones de la misma que les afecten directa e indirectamente, por ofrecimiento pro activo a:

- Asociaciones de Autoayuda de enfermedades prevalentes o de especial impacto social
 - Movimientos de “pacientes activos / expertos”
 - Evaluación de procesos a través de los pacientes
 - Grupos focales
 - Otras fórmulas de participación propuestas por los servicios de apoyo.
5. La dirección de la UGC debe propiciar la existencia de un Plan de Desarrollo e Innovación Organizativa para la mejora de la Gestión Clínica de la Unidad, que aporte valor al menos en los siguientes apartados:
- Más y mejores resultados clínicos normalizados, relevantes para las necesidades de los usuarios de la Unidad, basados en evidencias contrastadas y respaldados por Sociedades Científicas o instituciones expertas en medidas e indicadores de salud / clínicos del tipo de la Agency forHealthCareResearchQuality (AHRQ).
 - Incorporación continua del mejor conocimiento clínico disponible a los profesionales que integran la Unidad, directamente relacionado con los procesos y procedimientos más frecuentes, graves y / o costosos padecidos por los usuarios atendidos en la Unidad. Conocimiento acreditado por el sistema de evaluación y por la mejora de las competencias profesionales a través de sistemas normalizados, científicos y socialmente reconocidos y contrastables.
 - Gestión clínicamente racional e integradora de los recursos que la Organización Corporativa (SAS) destina a la Unidad para la resolución de los problemas de salud – enfermedad de los ciudadanos atendidos en la Unidad.
 - Integración coherente de los apartados anteriores de forma que la gestión racional y eficiente de los recursos y las formas de prestación de los servicios y cuidados, siempre aporte valor positivo a los resultados clínicos y/o en salud, que hayan sido priorizados por la UGC según relevancia, utilidad y coste – efectividad.

El cumplimiento de los aspectos definidos para el sistema de Gobernanza Clínica de las Unidades de Gestión Clínica, han de suponer, en general, un salto cualitativo respecto a situaciones previas.

Además, se hace necesaria una evaluación rigurosa y objetiva del sistema de Gobernanza que permita comprobar la incorporación de todos sus elementos de forma progresiva y continua,



dentro de plazos de tiempos lógicos y previamente establecidos por la Dirección Corporativa del SAS, así como el mantenimiento de los mismos en el tiempo (Anexo II).

La visión que guía dicho Sistema de Gobernanza es avanzar, de forma continua y según las innovaciones e incorporación de nuevos instrumentos de gestión clínica, hacia la sostenibilidad del Sistema desde la credibilidad generada por sus profesionales, es decir, avanzar de abajo – arriba.

En la evaluación del Director/a/responsable de la UGC se tendrá en cuenta el cumplimiento o no de estos aspectos.

4. OBJETIVOS DE LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA

4.1. OBJETIVOS COMUNES (supondrán el 50 % del peso total)

Este apartado tendrá un peso de 100 puntos que se ponderará por 0,75.

Área: Capítulo I

▣ Objetivo Común 1.1. Cumplimiento del Presupuesto asignado en Capítulo I

La UGC se marca como Objetivo para el año 2017 cumplir con el presupuesto asignado en Capítulo I.

Capítulo I	Objetivo
UGC CIRUGIA TORACICA Y TRASPLANTE PULMONAR	PENDIENTE

Indicador	Capítulo I
Fórmula	Gasto 2017 en Capítulo I de la UGC <= Presupuesto asignado en Cap. I para 2017.
Fuente	Gerhonte / COAN
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	Si cumple - No cumple
Observaciones	La cantidad asignada en Capítulo I será facilitada por la DEA y será objeto de revisión a lo largo del año 2016 para recoger las posibles incidencias que se produzcan.

▣ Objetivo Común nº 1.2. Control del Absentismo

La UGC se marca como Objetivo para el año 2017 controlar el absentismo del personal de la unidad.

Indicador	Porcentaje de Absentismo
Fórmula	Días de absentismo * 100 / Días potenciales de trabajo.
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	2% -3.5%

ÁREA: ACCESIBILIDAD

▣ Objetivo Común nº 2.1. Gestión de la Lista de espera en Primeras Consultas

La UGC se marca como objetivo para el año 2017 gestionar su lista de Espera en Consultas de manera que la Demora en primeras consultas no sea superior a 60 días.

Indicador	Demora en primeras consultas.
Fórmula	Media de los 52 valores semanales.
Fuente	INFHOS
Metodología de Evaluación	Explotación de INFHOS e Informe del Servicio de Sistemas de Información con el resultado obtenido.
Peso	6
Límite Superior (Óptimo) Límite Inferior	30 días -60 días

Lista de Espera en Primeras Consultas	
Nº de Días de Demora	Función de Valor
<= 30	10
31 - 33	9
30-6034 - 36	8
37 - 39	7
40 - 42	6
43 - 45	5
46 - 48	4
49 - 51	3
52 - 55	2
56 - 60	1
> 60	0

▣ Objetivo Común nº 2.2. Gestión de las Citas Sucesivas

La UGC se marca como objetivo para el año 2017 gestionar las citas de consultas sucesivas de forma que al menos el 50% de las mismas sean dadas por la propia UGC.

Indicador	Porcentajes de citas de consultas sucesivas gestionadas desde la UGC
Fórmula	Nº consultas sucesivas asignadas por la Unidad de Gestión Clínica * 100 / Total consultas sucesivas asignadas.
Fuente	MTI-Citas
Metodología de Evaluación	Explotación a través de MTI-Citas o informe del servicio de SS II.
Peso	3
Límite Superior (Óptimo) Límite Inferior	95% - 80%
Observaciones	Se monitorizará el indicador de forma mensual. En caso de que la cita sea dada por el administrativo, éste se ajustará a la fecha programada por el facultativo, aunque para ello tenga que ampliar la agenda.

▣ Objetivo Común nº 2.3. Gestión de las Citas para recogida de resultados

La UGC se marca como objetivo para el año 2017 gestionar las citas de recogidas de resultados y elaboración de informes de forma que al menos el 50% de las mismas sean dadas en menos de 45 días.

Indicador	Gestión de citas de Recogida de Resultados y Elaboración de Informes.
Fórmula	$\frac{\text{Nº total citas Recogida de Resultados} + \text{Elaboración de Informes} < 45 \text{ días}}{\text{nº total Recogida de Resultados} + \text{Elaboración de Informes}} * 100$
Fuente	INFHOS
Metodología de Evaluación	Explotación a través de BBDD de INFHOS
Peso	1
Límite Superior (Óptimo) Límite Inferior	75% - 50%
Observaciones	Se monitorizará el indicador de forma mensual.

Objetivo Común nº 2.4. Mejorar la gestión de la Lista de Espera Quirúrgica (LEQ)

La UGC se marca como objetivo para el año 2017 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.

Observaciones	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.
Peso total del Objetivo	6

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

Indicador 2.4.1.	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 programables
Fuente	AGD
Metodología de Evaluación	Explotación del AGD e Informe del Jefe de Servicio de Sistemas de Información con el resultado obtenido.
Peso del indicador	30% del peso total del objetivo
Periodicidad	mensual
Límite Superior (Óptimo) Límite Inferior	110 días - 120 días
Indicador 2.4.2.	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 programables.
Fuente	AGD
Metodología de Evaluación	Explotación del AGD e Informe del Jefe de Servicio de Sistemas de Información con el resultado obtenido.
Peso del indicador	30% del peso total del objetivo
Periodicidad	mensual
Límite Superior (Óptimo) Límite Inferior	170 días - 180 días

Indicador 2.4.3.	% Pacientes en situación transitoriamente no programable
Fórmula	Nº de pacientes TNP * 100 / Total de pacientes incluidos en el anexo
Fuente	AGD
Metodología de Evaluación	Explotación del AGD e Informe de la Dirección Médica.
Peso del indicador	20% del peso total del objetivo
Periodicidad	mensual
Límite Superior (Óptimo) Límite Inferior	5% - 10%

Indicador 2.4.4.	IINDA <=1 El IINDA (Razón entre las Indicaciones Quirúrgicas Observadas y las Indicaciones Quirúrgicas Esperadas), de las especialidades básicas, a cierre de este año, deberá ser 1 o menor a 1
Fórmula	INDA= (Indicaciones Quirúrgicas Observadas / Indicaciones Quirúrgicas Esperadas) <= 1
Fuente	Coheasist
Metodología de Evaluación	Informe de la Dirección Médica.
Peso del indicador	20% del peso total del objetivo
Periodicidad	mensual
Límite Superior (Óptimo) Límite Inferior	Sí cumple - No cumple

Índice Sintético LEQ				
Procesos <120 días	Procesos <180 días	% PTNP	IINDA	Función de Valor
<= 110	<= 170	<5	<=1	10
> 110 - 111	> 170 - 171	5,1-5,5		9
> 111 - 112	> 171 - 172	5,6-6		8
> 112 - 113	> 172 - 173	6,1 -6,5		7
> 113 - 114	> 173 - 174	6,6 -7		6
> 114 - 116	> 174 - 176	7,1-7,5		5
> 116 - 117	> 176 - 177	7,6-8		4
> 117 - 118	> 177 - 178	8,1-8,5		3
> 118 - 119	> 178 - 179	8,6-9		2

> 119 - 120	> 179 - 180	9,1-10		1	
> 120	> 180	>10	>1	0	
p1= 30	p2= 30	P3= 20	P4: 20	100	Peso relativo
				Resultado	
				R. obtenido (FV)	
A	B	C	D	R. ponderado	

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

▣ Objetivo Común nº 2.5. Mejorar la Producción Quirúrgica

La UGC se marca como objetivo para el año 2017 mantener su producción quirúrgica respecto al año anterior. Para ello se compromete a mantener en 2,04 el número de intervenciones en sesión ordinaria de mañana y tarde.

Observación	Si algún indicador del objetivo de cumplimiento de la lista de espera es cero, el resultado en este objetivo será cero.
Peso total del Objetivo	2

Índice sintético compuesto por los siguientes Indicadores:

Indicador 2.5.1.	Mantenimiento, según el caso, del rendimiento de quirófano
Fórmula	media de intervenciones realizadas en sesión ordinaria de mañana y tarde (salvo urgencias)
Fuente	MIG
Metodología de Evaluación	Módulo de Indicadores de Gestión (MIG) e Informe del Servicio de Sistemas de Información con el resultado obtenido
Peso del indicador	100 % del peso total del objetivo
Periodicidad	2.04 - 1.91

ÁREA: ACTIVIDAD ASISTENCIAL

▣ Objetivo Común nº 3.1. Gestión adecuada de las Estancias

La UGC se marca como objetivo para el año 2016 mantener el índice de utilización de estancias igual o inferior a 0,90 y mantener o reducir, según el valor de partida, del nº de estancias evitables.

Peso total del Objetivo	4
--------------------------------	----------

Índice sintético compuesto por los siguientes indicadores:

Indicador 3.1.1.		Índice de utilización de estancias					
UGc Cirugía Torácica	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
	0.58	0.61	0.66	0.61	0.57	0.59	0.60
Fórmula	Estancia media observada/ estancia media esperada bajo estándar andaluz						
Fuente	CMBDH/ Servicio de Documentación Clínica y Unidad de Gestión Clínica						
Metodología de evaluación	CMBD e Informe del Servicio de Documentación Clínica						
Peso	50% del peso total del objetivo						
Límite Superior (Óptimo)	0,90 – 1						
Límite Inferior							

Indicador 3.1.2.		Número de estancias evitables					
UGC Cirugía Torácica	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Estancias evitables	-2.263	-2.2521	-1.560	-1.094	-1.419	-1.562	-1291
Fórmula	Número de Estancias evitables 2016 = nº de estancias observadas – nº de estancias esperadas bajo el estándar andaluz						
Fuente	CMBD						
Metodología de evaluación	Informe del servicio de documentación clínica con el resultado obtenido						
Peso	50% del peso total del objetivo						
Límite Superior (Óptimo)	CUMPLE/NO CUMPLE						
Límite Inferior							

ÁREA: OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DE RESULTADO CLÍNICO EN SALUD

- ▣ **Objetivo Estratégico: disminución de la tasa de reingresos a los 30 días por cualquier causa (ver método de cálculo en Anexo VII).**

Tasa de reingreso a los 30 días de una estancia previa en el hospital, por cualquier causa

Mantener la tasa de readmisión a los 30 días por cualquier causa respecto al año anterior

Indicador	Reingresos no programados < 30 días						
UGC Cirugía Torácica	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Reingresos < 30 días	0.79	0.54	0.19	0.93	0.51	0.50	0.97
Fórmula	No aplica						
Fuente	CMBD						
Metodología de evaluación	Informe del servicio de documentación clínica con el resultado obtenido						
Peso	3						
Límite Superior (Óptimo)	CUMPLE/NO CUMPLE						
Límite Inferior	CUMPLE/NO CUMPLE						

Los casos iniciales y reingresos serán facilitados por el Servicio de Admisión y Documentación de los Hospitales a las UGCs hospitalarias implicadas y a los Distritos para su distribución a las UGCs de AP.

- ▣ **Objetivo Común nº 4.11. Disminuir la incidencia de UPP en las personas hospitalizadas**

Peso total del Objetivo	2
-------------------------	---

Índice sintético compuesto por los siguientes indicadores:

Indicador 4.11.1.	Incidencia de UPP que se producen durante la estancia hospitalaria
Fórmula	Número de pacientes que desarrollan UPP de cualquier grado durante el ingreso hospitalario en unidades médicas, unidades quirúrgicas y Cuidados Intensivos adultos * 100 / Número de pacientes ingresados en unidades médicas, unidades quirúrgicas y UCI adultos

Fuente de información	DAH y CMBD
Peso	100 % del peso total del objetivo
Límite Superior (Óptimo)	Unidades Médicas, Quirúrgicas o Medicoquirúrgicas:
Límite Inferior	2%- 5%

ÁREA: ORIENTACIÓN AL CIUDADANO

ÁREA 2

Participación en el diseño de la organización de los servicios: acceso, procedimientos, etc. (grupos focales, entrevistas semiestructuradas, mesas de participación).

Objetivo Común nº 5.1. La participación en el diseño de la organización de los servicios: acceso, procedimientos, etc. (grupos focales, entrevistas semiestructuradas, mesas de participación) mediante la realización de grupos focales para incorporar la opinión de ciudadanos expertos en la elaboración e implantación de procesos asistenciales y no asistenciales. Ejemplo: Ver la opinión de los usuarios en la organización de la visita de familiares o en la organización de las consultas de una determinada UGC, o de la visita de hospitalización, etc....

Realización de grupos focales para incorporar la opinión de ciudadanos expertos en la elaboración e implantación de procesos asistenciales y no asistenciales

Ejemplo: Ver la opinión de los usuarios en la organización de la visita de familiares a pacientes hospitalizados, o en la organización de las consultas de una determinada UGC, etc.

Indicador	Nº de Grupos Focales realizados y análisis de las conclusiones
Fórmula	No aplica
Fuente de información	Informe de la Dirección de la UGC donde se explicita: Grupos Focales realizados, participantes, actas y conclusiones de los grupos focales
Peso	3
Límite Superior (Óptimo)	Sí cumple – No cumple
Límite Inferior	

ÁREA: INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN

La UGC desarrolla su investigación en las siguientes líneas (cumplimentar en el caso que tenga alguna línea activa):

1. Cáncer de pulmón (Clínica)
2. Rechazo crónico (Experimental)

Objetivo Común nº 6.1. Mejorar la producción científica

La UGC se marca como objetivo para el año 2017 mejorar la producción científica de sus profesionales.

Como criterio de referencia se utilizará el Factor de Impacto acumulado en el año para revistas publicadas del *JournalCitationReport*so la media del Factor de Impacto de los años 2015 y 2016, utilizándose el dato más favorable para la UGC.

Los límites superior e inferior de los siguientes objetivos serán distintos para cada UGC y se establecerán por la Dirección en función de la trayectoria de la Unidad en Investigación.

Indicador	<p>a) Índice de Impacto acumulado en el año a evaluar (2017): Suma del Factor de Impacto de los artículos ya publicados en ese año utilizando como valor el que se haya recogido en el <i>JournalCitationReport</i> del año anterior.</p> <p>b) Media de índice de impacto de los años a evaluar y anterior (2015 y 2016).</p>
Fórmula	<p>a) Índice de Impacto acumulado en el año a evaluar (2017): para revistas publicadas en Pub-Med.</p> <p>b) Media de índice de impacto de los años a evaluar y anterior (2015 y 2016)</p>
Fuente	Pub-Med
Peso	7
Límite Superior (Óptimo)	15/5
Límite Inferior	

Publicaciones que se consideran	<p>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.</p>
--	--

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

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 Rio Hortega en el programa del IS Carlos III.

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).
- ↪

OTRAS ÁREAS

SEGURIDAD DEL PACIENTE

▣ Objetivo Común nº 8.1. Reducción en un 20% de la prescripción antibiótica las quinolonas (ciprofloxacino +levofloxacino)

Indicador	Reducción en un 20% de la prescripción antibiótica las quinolonas (ciprofloxacino +levofloxacino) respecto al 2016
Fórmula	$\frac{(\text{DDD}/1000 \text{ estancias día en 2017 en la unidad} - \text{DDD}/1000 \text{ estancias día en 2016 en la unidad}) * 100}{\text{DDD}/1000 \text{ estancias día en 2016 en la unidad}}$
Fuente	Programa PIRASOA
Metodología de Evaluación	Explotación base de datos del programa PIRASOA
Peso	1
Límite Superior (Óptimo)	20%- 10%
Límite Inferior	

▣ Objetivo Común nº 8.2. Mantener de la prescripción antibiótica las carbapenemas (imipenem)

Indicador	Mantener la prescripción antibiótica las carbapenemas(imipenem) respecto 2016
Fórmula	No aplica
Fuente	Programa PIRASOA
Metodología de Evaluación	Explotación base de datos del programa PIRASOA
Peso	1
Límite Superior (Óptimo)	Cumple/No cumple
Límite Inferior	

CONTRATO PROGRAMA

▣ Objetivo Común nº 8.4. Plan de Atención a Cuidadoras Principales

Indicador 1	Informar de las actuaciones llevadas a cabo en relación a la tarjeta +Cuidados a Cuidadoras de Grandes Discapacitados
Fórmula	Evaluación de las actividades en relación a la Tarjeta +Cuidados a Cuidadoras de Grandes Discapacitados

	implantadas y/o desarrolladas en la Unidad, en el periodo evaluado
Fuente	Dirección de la UGC
Metodología de Evaluación	Informe con resultado obtenido
Peso	0.5
Límite Superior (Óptimo) Límite Inferior	Si cumple/No cumple

▣ Objetivo Común nº 8.5. Garantizar el Uso y aplicación adecuados de los sistemas de información del Centro

Indicador 1	Episodios asociados a UGC con camas asignadas, con anamnesis, hoja de evolución y alta o éxitus.
Fórmula	Numero de episodios asociados a la UGC con camas asignadas con anamnesis, hoja de evolución y alta o éxitus/total de episodios asociados a la UGC con camas asignadas
Fuente	DAH
Metodología de Evaluación	Explotación de DAN e Informe con resultado obtenido
Peso	0.5
Límite Superior (Óptimo) Límite Inferior	95%/75%

Indicador 2	Episodios de consulta con hoja de anamnesis o evolución respecto al total de citas realizadas según INFHOS
Fórmula	Nº de episodios de consulta con hoja de anamnesis o evolución/ total de episodios de consulta
Fuente	INFHOS
Metodología de Evaluación	Explotación del Sistema de Información con el resultado obtenido
Peso	0.25
Límite Superior (Óptimo) Límite Inferior	90%/65%

Objetivo Común nº 8.8. Adoptar medidas que garanticen la conciliación de la medicación al ingreso y al alta en la atención hospitalaria.

Indicador	Conciliación de la medicación
Fórmula	No aplica
Fuente	Dirección UGC
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	0.5
Límite Superior (Óptimo) Límite Inferior	Si cumple/No cumple

Objetivo Común nº 8.9. Adoptar medidas que garanticen la mejora de los objetivos docentes.

Indicador 1	La encuesta de satisfacción unificada anual de Residentes del SSPA se consignará por al menos el 90% de los y las residentes de la Unidad.
Fórmula	$\frac{\text{Número de residentes que han realizado la encuesta anual} \times 100}{\text{Número total de Residentes de la Unidad}}$
Fuente	PORTALEIR
Metodología de Evaluación	Explotación del PORTALEIR e informe de la Unidad de Docencia con el resultado obtenido
Peso	0.5
Límite Superior (Óptimo) Límite Inferior	100%/85%

Indicador 2	Se incentivará la formación de tutores y tutoras de la Unidad, en competencias docentes, debiendo realizar el curso "Modelos y Herramientas de Tutorización de Especialistas en Ciencias de la Salud" al menos el 80 de ellos.
Fórmula	Número de tutores que ha finalizado con éxito el programa de formación de tutores on-line *100/ Número total de tutores de la Unidad
Fuente	PORTALEIR
Metodología de Evaluación	Explotación del PORTALEIR e informe de la Unidad de Docencia con el resultado obtenido
Peso	0.5
Límite Superior (Óptimo) Límite Inferior	100%/75%

Indicador 3	Se mantendrá el compromiso con la programación docente anual y el seguimiento docente de residentes, debiendo tener el 100% de ellos el Plan Individual formativo anual el 30 Junio 2016 y al menos 3 entrevistas trimestrales con su tutor-tutora el 15 de Diciembre de 2016.
Fórmula	(Número de residentes con PIF a 30 Junio 2015 + Número de residentes con al menos 3 entrevistas trimestrales a 15 de Diciembre de 2015) *100 / (Número total de Residentes de la Unidad) *2
Fuente	PORTALEIR
Metodología de Evaluación	Explotación del PORTALEIR e informe de la Unidad de Docencia con el resultado obtenido
Peso	0.5
Límite Superior (Óptimo) Límite Inferior	Si Cumple/No cumple

Objetivo Común Estrategia Centros contra el Dolor. Observatorio para la Seguridad del Paciente. La Unidad se marca como objetivo para el año 2017, finalizar la autoevaluación de la Estrategia

Indicador	Finalizar la autoevaluación en 2017 quedando pendientes de la evaluación por parte del Observatorio para la Seguridad del Paciente
Fórmula	No aplica

Fuente	Observatorio para la Seguridad del Paciente
Metodología de Evaluación	Informe del Observatorio para la Seguridad del Paciente
Peso	0.5
Límite Superior (Óptimo) Límite Inferior	Si Cumple/No cumple

▣ Objetivo Común Listado de Verificación Quirúrgica

Indicador	Cumplimentación del listado de verificación quirúrgica en el 100% de las cirugías programadas
Fórmula	$\frac{\text{Nº de pacientes intervenidos en cirugía programada a los que se ha aplicado la lista de verificación quirúrgica} \times 100}{\text{total de pacientes intervenidos de cirugía programada}}$
Fuente	DAH
Metodología de Evaluación	Explotación del sistema de Información
Peso	0.5
Límite Superior (Óptimo) Límite Inferior	Si Cumple/No cumple

▣ **Objetivo Común Estrategia de Seguridad del paciente. La Unidad se marca como objetivo para el año 2017, mejorar la seguridad del paciente promoviendo actuaciones relacionadas con aquellos criterios de menor cumplimiento identificados en la autoevaluación de la estrategia de seguridad del paciente realizada en el año 2016**

Indicador	Se aportarán evidencias y áreas de mejora conseguidas en al menos tres de los criterios identificados como de menor cumplimiento en la autoevaluación de la estrategia de seguridad del paciente realizada en el año 2016.
Fórmula	No aplica
Fuente	Observatorio para la Seguridad del Paciente
Metodología de Evaluación	Informe del Observatorio
Peso	0.5
Límite Superior (Óptimo) Límite Inferior	Si Cumple/No cumple

▣ Objetivo Común. Adoptar medidas que garanticen la mejora la higiene de manos

INDICADOR 8.14.1	Observación de higiene de manos: nº de observaciones realizadas
Fórmula	Nº de observaciones con correcta higiene de manos * 100 /nº total de observaciones realizadas.
Fuente	Programa PIRASOA
Metodología de Evaluación	Explotación base de datos del programa PIRASOA
Peso	0.25
Límite Superior (Óptimo)	95%
Límite Inferior	55.96%

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS (supondrán el 50 % del peso total)

Estos objetivos serán propuestos por las propias UGCs en base a los problemas detectados y validados por la Dirección de los Centros

Los objetivos específicos se desagregan en tres categorías:

De resultado clínico / en salud

- ☐ Objetivo Específico nº 9.x (cumplimentar una ficha del Anexo IIIa para cada objetivo)

Sobre “dejar de hacer”

- ☐ Objetivo Específico nº 10.x (cumplimentar una ficha del Anexo IIIb para cada objetivo)

Compartidos con otras Unidades

- ☐ Objetivo Específico nº 11: Índice Sintético de Cumplimiento de Objetivos Compartidos / Vinculantes con otras unidades (cumplimentar el Anexo VI)

Los pesos de los apartados a) más b) supondrán el 85% del peso asignado a los objetivos específicos, no pudiendo ser 0 ninguno de los dos apartados.

El peso del apartado c) supondrá el 15% del peso asignado a los objetivos específicos.

En el caso de que la UGC no tenga objetivos del apartado “c”, los pesos de este apartado pasarán a los apartados “a” y/o “b”.

Objetivos de resultado clínico / en salud y Objetivos en “dejar de hacer” (lo clínicamente no correcto)

La Dirección Corporativa del SAS puso en marcha, en el año 2015 y siguientes, un procedimiento normalizado de incorporación de objetivos de resultado clínicos y / o en salud, mediante la implantación de una Ficha modelo, que han sido mejoradas y actualizadas (Anexo IIIa y IIIb), que conduzca a una homogeneización de las medidas e indicadores que sustentan la evaluación de los mismos, de forma que su utilización, con la máxima participación de los profesionales de las Unidades de Gestión Clínica:

1. 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.
2. Oriente estratégicamente al conjunto de la organización hacia una respuesta adecuada a las necesidades de la sociedad andaluza y a su proyección futura.
3. Establezca marcos conceptuales que guíen la selección de indicadores, desde el principio del proceso.
4. Permita establecer un sistema de seguimiento y evaluación estable, rigurosa y sistemática, desde el inicio del proceso.

Además, con la finalidad de reforzar y mejorar una tendencia creciente de selección y evaluación de objetivos específicos de resultado clínico (y de “dejar de hacer”), en el AGC 2016, la Dirección Corporativa del Servicio Andaluz de Salud, pone a disposición de todas las UGC un catálogo de recursos disponibles (Anexo IV) y dos instrumentos prácticos que serán actualizados y distribuidos, al menos anualmente:

1. La Base de Datos de Indicadores y Medidas de Resultado Clínico (BBDD_RC_2015) del SAS, que en su versión actual (2015) contiene objetivos de resultado clínico clasificados por niveles asistenciales e identifican en qué Unidades de Gestión Clínica son más útiles. Su finalidad es facilitar la búsqueda y selección de objetivos específicos a las UGC.
2. Un cuestionario para la evaluación y aplicación sistemática de recomendaciones de lo que clínicamente no debería hacerse (“dejar de hacer”), previa autorización del National Institute for Clinical Excellence (NICE) del Reino Unido para el estudio y valoración, por los profesionales de las UGC del SAS, de las “do not do recommendations” (DndR), que se ha completado con las recomendaciones de la



Sociedad Española de Medicina de Familia y la American Association of Family Physicians.

Gracias a este instrumento cada UGC estaría en disposición de incorporar a sus AGC 2016, como objetivo específico, alguna de las recomendaciones para “dejar de hacer” lo que clínicamente no está justificado realizar en base a la evidencia científica, por criterios de priorización de efectividad y / o eficiencia, bien porque no las estuvieran aplicando, bien porque quisiera evaluar su nivel de aplicabilidad real, dentro del marco de gestión clínica con impacto en eficiencia técnica y económica y mejora de resultados sobre la seguridad del paciente.

La metodología de evaluación de los objetivos específicos del tipo “dejar de hacer”, es común a todas las UGC y se recoge en el Anexo V.

Con estas iniciativas, se pretende, en definitiva, impulsar y coordinar más y mejor el esfuerzo realizado por las Unidades de Gestión Clínica del SAS en los últimos años y potenciar un importante crecimiento en el porcentaje de objetivos de resultado sobre el total de objetivos planteados.

Objetivos específicos “de resultados en salud”

Objetivo específico nº 9.1

Identificación de problemas o aspectos mejorables

Problema o aspecto a mejorar

Incrementar la resolución de intervenciones por CMA para la Mediastinoscopia

Datos e indicadores en los que se sustenta

Definir de forma clara y concisa el objetivo para el año 2017 relacionado con esta actividad

Incrementar la resolución de intervenciones por CMA para la Mediastinoscopia, de modo que el porcentaje de pacientes susceptibles de ser intervenidos sin estancia resueltos por CMA sea igual o superior a 70%

Peso del objetivo: 3

Indicador para la medición del objetivo, fuente de la información, metodología de evaluación, límite inferior y superior del objetivo

Indicador: (cuantitativo) **Resolución de Mediastinoscopia por CMA.**

Fórmula NUMERADOR: Número de pacientes intervenidos de Mediastinoscopia resueltos por CMA. DENOMINADOR: total de pacientes intervenidos por Mediastinoscopia (CMA + Ingresos)
Criterio de Cumplimiento: $\geq 70\%$

Fuente CMBD

Peso 3

Límite Superior (Óptimo) Límite Inferior $\leq 70\%/60\%$

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

Compartido con:

Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:

▣ Objetivo específico nº 9.2

Identificación de problemas o aspectos mejorables

Problema o aspecto a mejorar

Incrementar las Simpatectomías transtoracoscópica bilateral por CMA

Datos e indicadores en los que se sustenta

Definir de forma clara y concisa el objetivo para el año 2017 relacionado con esta actividad

Incrementar la resolución de intervenciones por CMA para la Simpatectomía transtoracoscópica bilateral, de modo que el porcentaje de pacientes susceptibles de ser intervenidos sin estancia resueltos por CMA sea igual o superior al 80%

Peso del objetivo: 3

Indicador para la medición del objetivo, fuente de la información, metodología de evaluación, límite inferior y superior del objetivo

Indicador: (cuantitativo) **Resolución de Simpatectomía por CMA**

Fórmula NUMERADOR: Número de pacientes intervenidos de Simpatectomía resueltos por CMA

DENOMINADOR: total de pacientes intervenidos por Simpatectomía (CMA + Ingresos)

Criterio de Cumplimiento: $\geq 80\%$

Fuente CMBD. Metodología de evaluación: Explotación del CMBD e informe del Servicio de Sistemas de Información con el resultado obtenido

Peso 3

Límite Superior (Óptimo) Límite Inferior $\leq 80\%/70\%$

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 nº 9.3

Identificación de problemas o aspectos mejorables

Problema o aspecto a mejorar

Disminuir el tiempo de espera para intervención de Cáncer de Pulmón

Datos e indicadores en los que se sustenta

Definir de forma clara y concisa el objetivo para el año 2017 relacionado con esta actividad

La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante pulmonar se marca como objetivo para el año 2016, que al menos el 75% de los pacientes que se intervienen de Cáncer de Pulmón lo hagan antes de los 30 días tras su ingreso en Lista de Espera.

Peso del objetivo: 6

Indicador para la medición del objetivo, fuente de la información, metodología de evaluación, límite inferior y superior del objetivo

Indicador: (cuantitativo) **Demora terapéutica en pacientes con cáncer de pulmón.**

Fórmula NUMERADOR: Numero de pacientes intervenidos de cáncer de pulmón antes de 30 días*

DENOMINADOR: Total de pacientes intervenidos de cáncer de pulmón

*La demora se calcula como la fecha de intervención - fecha de inclusión en AGD, se excluyen los periodos en que el paciente está en transitoriamente no programable a petición del paciente (demora voluntaria) o por criterio facultativo. En los casos de libre elección se considera a partir de la fecha en que es valorado por la unidad de cirugía torácica

Criterio de Cumplimiento: $\geq 75\%$

Fuente AGD Metodología de evaluación: Explotación de registro e informe del Servicio de Sistemas de Información con el resultado obtenido

Peso 6

Límite Superior (Óptimo) Límite Inferior $\geq 75\%/60\%$

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

Compartido con:

Neumología, Medicina Nuclear, Radiología.

Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:

▣ Objetivo específico nº 9.4

Identificación de problemas o aspectos mejorables

Problema o aspecto a mejorar

Infección relacionada con los catéteres venosos.

Datos e indicadores en los que se sustenta

Definir de forma clara y concisa el objetivo para el año 2017 relacionado con esta actividad

Mantener el número de episodios de infección relacionada con los catéteres venosos, durante 2016, por debajo 10 episodios por cada 1000 días de implantación de catéter

Peso del objetivo: 3

Indicador para la medición del objetivo, fuente de la información, metodología de evaluación, límite inferior y superior del objetivo

Indicador: (cuantitativo) **Infección relacionada con catéter venoso (Pacientes de cirugía torácica y trasplante pulmonar)**

Fórmula NUMERADOR: Número de episodios de infección relacionada con catéter venoso (infección de puerta de entrada o bacteriemia) durante 2017

DENOMINADOR: Total de días de implantación de catéter venoso en pacientes durante 2017

Criterio de Cumplimiento: Número de episodios inferior a 10 por 1000 días

Fuente: Servicio de Medicina Preventiva. **Metodología de evaluación:** Explotación del Registro e Informe del Servicio de Medicina Preventiva con el resultado.

Peso 3

Límite Superior (Óptimo) Límite Inferior $\leq 10/14$

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:

Implantación del Programa "Bacteriemia Zero" en el Quirófano 2 (Cirugía Torácica y TxP)

▣ Objetivo específico nº 9.5

Identificación de problemas o aspectos mejorables

Problema o aspecto a mejorar

Infección de la Herida Quirúrgica

Datos e indicadores en los que se sustenta

Duque JL, Rami-Porta R, Almaraz A, et al. And the Bronchogenic Carcinoma Cooperative Group (GCCD-S) of the Spanish Society of Pulmonology and Thoracic Surgery (SEPAR). Arch Bronconeumol 2007;43:143-9

Definir de forma clara y concisa el objetivo para el año 2017 relacionado con esta actividad

El porcentaje de infección en la herida quirúrgica no será superior al 2,6%

Peso del objetivo: 3

Indicador para la medición del objetivo, fuente de la información, metodología de evaluación, límite inferior y superior del objetivo

Indicador: (cuantitativo) **Infección herida quirúrgica (Pacientes de cirugía torácica y trasplante pulmonar)**

Fórmula

NUMERADOR: pacientes intervenidos durante 2017, con infección de la herida quirúrgica

DENOMINADOR: Total de pacientes durante 2017

Criterio de Cumplimiento: Porcentaje de infección $\leq 2,6\%$

Fuente Medicina Preventiva y CMBD. Metodología de evaluación: Explotación del registro e informe de Medicina Preventiva con el resultado obtenido.

Peso 3

Límite Superior (Óptimo) Límite Inferior $\leq 2,6\%/4\%$

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 nº 9.6

Identificación de problemas o aspectos mejorables

Problema o aspecto a mejorar

Infección relacionada con sondaje vesical

Datos e indicadores en los que se sustenta

Definir de forma clara y concisa el objetivo para el año 2017 relacionado con esta actividad

Mantener el porcentaje de infección urinaria relacionada con el sondaje vesical, durante 2016, por debajo del 10% (Pacientes de cirugía torácica y trasplante pulmonar)

Peso del objetivo: 3

Indicador para la medición del objetivo, fuente de la información, metodología de evaluación, límite inferior y superior del objetivo

Indicador: (cuantitativo)**Infección urinaria en pacientes sondados**

Fórmula : %

NUMERADOR: Número de pacientes con infección urinaria secundaria a sondaje vesical.

DENOMINADOR: Número total de pacientes con sondaje vesical.

Criterio de Cumplimiento: Porcentaje de infecciones urinarias $\leq 10\%$

Fuente Servicio de Medicina Preventiva. Metodología de evaluación: Explotación del Registro e Informe del Servicio de Medicina Preventiva con el resultado.

Peso 3

Límite Superior (Óptimo)Límite Inferior $\leq 10\%/14$

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 nº 9.7

Identificación de problemas o aspectos mejorables

Problema o aspecto a mejorar

Información y comprensión del tratamiento inmunosupresor en pacientes trasplantados de pulmón

Datos e indicadores en los que se sustenta

Definir de forma clara y concisa el objetivo para el año 2017 relacionado con esta actividad

El porcentaje de pacientes trasplantados de pulmón (adultos) que refieren haber comprendido la información facilitada por los neumólogos de trasplante en relación con el uso y los efectos secundarios de los fármacos inmunosupresores será superior al 80%.

Peso del objetivo: 3

Indicador para la medición del objetivo, fuente de la información, metodología de evaluación, límite inferior y superior del objetivo

Indicador: (cuantitativo) **Conocimiento y comprensión de los efectos adversos de los inmunosupresores en pacientes trasplantados de pulmón**

Fórmula

NUMERADOR: Número de pacientes trasplantados de pulmón que refieren haber comprendido la información en relación con el uso y los efectos adversos de los inmunosupresores

DENOMINADOR: Número total de pacientes trasplantados de pulmón respondedores de la encuesta.

Criterio de Cumplimiento: $\geq 80\%$

Fuente UGC Cirugía Torácica y Trasplante pulmonar. Metodología de evaluación: Explotación de la encuesta e informe de la UGC con el resultado obtenido.

Peso 3

Límite Superior (Óptimo) Límite Inferior $\geq 80\%/70$

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 Atención a la ciudadanía

Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:

▣ Objetivo específico nº 9.8

Identificación de problemas o aspectos mejorables

Problema o aspecto a mejorar

Mortalidad tras la resección quirúrgica del Carcinoma broncogénico

Datos e indicadores en los que se sustenta

Definir de forma clara y concisa el objetivo para el año 2017 relacionado con esta actividad

La mortalidad hospitalaria tras resección pulmonar por carcinoma broncogénico será inferior al 6,8%

Peso del objetivo: 3

Indicador para la medición del objetivo, fuente de la información, metodología de evaluación, límite inferior y superior del objetivo

Indicador: (cuantitativo) **Mortalidad hospitalaria en resección pulmonar por cáncer.**

Fórmula %

NUMERADOR: Pacientes fallecidos en 2017 durante su ingreso hospitalario tras resección pulmonar por cáncer broncogénico

DENOMINADOR: Total de pacientes sometidos durante 2017 a resección pulmonar por cáncer broncogénico

Criterio de Cumplimiento: Porcentaje de mortalidad $\leq 6,8\%$

Fuente CMBDH. Metodología de evaluación: Explotación del Registro e Informe del Servicio de Calidad y Documentación Clínica con el resultado obtenido.

Peso 3

Límite Superior (Óptimo) Límite Inferior $\leq 6,8\%/8,5\%$

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 nº 9.9

Identificación de problemas o aspectos mejorables

Problema o aspecto a mejorar

Potenciar y promover el seguimiento del dolor

Datos e indicadores en los que se sustenta

Indicadores: Medición del dolor y reevaluación del mismo

Intervenciones clínicas y organizativas basadas en evidencias científicas y/o empíricas, que permitan mejorar el problema detectado

Enunciado de la intervención

Medición del dolor. (Escala numérica del dolor, EVN; Escala Visual Analógica, EVA)

Razonamiento que justifica la intervención

En la práctica asistencial diaria se lleva a cabo gran número de procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos que producen dolor y ansiedad en el paciente, a pesar de que existen diversos métodos farmacológicos y no farmacológicos, para evitarlo o minimizarlo. Incorporar la medición del dolor como 5ª constante, da valor a los cuidados, y fomenta la protección al derecho del paciente a no sufrir innecesariamente, potenciando y promoviendo el seguimiento del dolor.

Aspectos más relevantes de la intervención (actividades y procedimientos a desarrollar, cronograma y responsable de su desarrollo e implantación)

Actividades: Valoración del dolor:

- 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 o en la Escala Visual Analógica ≥ 3 .

- Dónde se debe registrar:

- Registro del dolor en la gráfica de constantes de la Historia Digital del paciente (Módulo de Cuidados de DAH).

Procedimientos: Valoración y cuidados del dolor.

Definir de forma clara y concisa el objetivo para el año 2017 relacionado con esta actividad

Valoración de dolor, realizando seguimiento del mismo.

Peso del objetivo: 2 puntos

Indicador para la medición del objetivo, fuente de la información, metodología de evaluación, límite inferior y superior del objetivo

Indicadores:

1.- Identificación del % de pacientes con valoración del dolor

Fórmula (o Criterio de Cumplimiento):

NUMERADOR: Nº de pacientes a los que se le ha evaluado el dolor x 100

DENOMINADOR: Total de pacientes ingresados en la Unidad

Fuente de Información: Gráfica de constantes (DAH-Módulo de Cuidados)



Metodología de evaluación: Explotación de DAH e Informe de resultados por parte de SSII.
Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior: 70% / 50%
Peso del indicador: 50% del peso asignado al objetivo

2.- Reevaluación del dolor en pacientes con EVN o EVA ≥ 3

Fórmula (o Criterio de Cumplimiento):

NUMERADOR: Nº de pacientes con dolor ≥ 3 en la escala EVN o EVA con reevaluación X 100

DENOMINADOR: Total de pacientes con dolor ≥ 3 en la escala EVN o EVA

Fuente de Información: Gráfica de constantes (DAH-Módulo de Cuidados)

Metodología de evaluación: Explotación de DAH e Informe de resultados por parte de SSII.

Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior: 80% / 60%

Peso del indicador: 50% del peso asignado al objetivo

Observaciones para ambos indicadores: De cara a la evaluación se considerará el periodo comprendido entre el 1 de Abril y 31 de Diciembre.

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 nº 9.10

Identificación de problemas o aspectos mejorables

Problema o aspecto a mejorar

Reintervenciones urgentes tras resección pulmonar en pacientes con carcinoma de pulmón

Datos e indicadores en los que se sustenta

Definir de forma clara y concisa el objetivo para el año 2017 relacionado con esta actividad

El porcentaje de reintervenciones urgentes tras resección pulmonar en pacientes con cáncer de pulmón será inferior al 5,5%.

Peso del objetivo: 3

Indicador para la medición del objetivo, fuente de la información, metodología de evaluación, límite inferior y superior del objetivo

Indicador: (cuantitativo) **Reintervenciones tras resección pulmonar por cáncer de pulmón.**

Fórmula %

NUMERADOR: Número de reintervenciones urgentes en pacientes sometidos a resección pulmonar por cáncer broncogénico durante 2017

DENOMINADOR: Total de altas en pacientes sometidos a resección pulmonar por cáncer broncogénico durante 2017.

Criterio de Cumplimiento: Reintervenciones urgentes < 5,5%

Fuente CMBD. Metodología de evaluación: Explotación del registro e Informe del Servicio de Calidad y Documentación Clínica con el resultado obtenido.

Peso 3

Límite Superior (Óptimo) Límite Inferior $\leq 5,5\%/7,5\%$

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 nº 9.11

Identificación de problemas o aspectos mejorables

Problema o aspecto a mejorar

Mortalidad tras la realización de Trasplante Pulmonar

Datos e indicadores en los que se sustenta

Definir de forma clara y concisa el objetivo para el año 2017 relacionado con esta actividad

La mortalidad en el año tras trasplante pulmonar será \leq al 25%

Peso del objetivo: 3

Indicador para la medición del objetivo, fuente de la información, metodología de evaluación, límite inferior y superior del objetivo

Indicador: (cuantitativo) **Mortalidad en trasplante pulmonar**

Fórmula

NUMERADOR: Número de pacientes fallecidos tras trasplante pulmonar durante 2017

DENOMINADOR: Número total de pacientes trasplantados durante 2017

Criterio de Cumplimiento: \leq 25%

Fuente Registro de Trasplante

Peso 3

Límite Superior (Óptimo) Límite Inferior 25%/30%

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

Compartido con:

Objetivo específico nº 10. 1: Cumplir la recomendación “dejar de hacer”**Identificación de problemas o aspectos mejorables**

Problema o aspecto a mejorar

Variabilidad de la práctica clínica.

Datos e indicadores en los que se sustenta

Recomendaciones de lo que clínicamente no debe hacerse (“Do not do recommendations”) de la NICE. Recoge las prácticas clínicas que el Instituto para la Salud y la Excelencia Clínica del Reino Unido (NICE) recomienda

Consideramos que un número considerable de pacientes, en torno a 220/año, pueden beneficiarse de esta medida, en el sentido de no estar sometido a las posibles reacciones adversas, efectos secundarios y complicaciones producidos por la antibioterapia no justificada.

Así mismo, la medida contribuirá a la eficiencia de la unidad

Intervenciones clínicas y organizativas basadas en evidencias científicas y/o empíricas, que permitan mejorar el problema detectado

Enunciado de la intervención

Garantizar la aplicación de al menos una recomendación de lo que “clínicamente no se debe hacer” de la NICE, que la UGC haya considerado como de elevada prioridad (puntuación = 3 en la escala de priorización de 1 a 3) bien en eficiencia o en efectividad. (Evidencia de la intervención: National Institute for Health and Clinical Excellence. NICE ‘do not do’ recommendations. Disponible en:

<http://www.nice.org.uk/usingguidance/donotdorecommendations/search.jsp?action=searchform&results=yes&txtSearchText=&txtTopic=&txtSubTopic=&p=off>

No utilizar antibioterapia profiláctica en la cirugía torácica limpia, no protésica ni complicada.

Razonamiento que justifica la intervención

Se hace necesario mantener y mejorar la cultura de las UGC de ajuste a la práctica clínica basada en evidencias y / o alternativas coste – beneficiosas

Aspectos más relevantes de la intervención (actividades y procedimientos a desarrollar, cronograma y responsable de su desarrollo e implantación

Diciembre 2013: Selección de la “do not do recommendation” a evaluar de entre las puntuadas con 3 en eficiencia y / o efectividad (cuestionario en Access cumplimentado por las UGC). Auditoría para evaluar cumplimiento de la recomendación (enero – junio de 2016)

Responsable: Director de la UGC.

Resultados que se pretenden conseguir en el año 2017 / Objetivo

Indicador de Resultado: “Entre 0 y 1 fallos (no cumplimiento) que equivale a entre un 75 – 85 % de cumplimiento de la recomendación”.

No prescribir antibioterapia profiláctica en las órdenes preoperatorias a los pacientes que vayan a someterse a alguna de las siguientes intervenciones:

- Simpatectomía
- Neumotórax primario sin drenaje previo
- Mediastinoscopia
- Resección de tumores benignos de partes blandas de pared torácica
- Biopsia pleural por toracoscopia
- Biopsia pulmonar por toracoscopia
- Pleurodesis por toracoscopia

Peso del Objetivo: **6 puntos**

Indicador para la medición del objetivo, metodología de evaluación, fuente de la información y límite inferior y superior

Indicador (título): cumplimiento de la recomendación NICE cuyo texto dice: “No utilizar antibioterapia profiláctica en la cirugía torácica limpia, no protésica ni complicada”.

Fórmula: número de “fallos” (historias clínicas en las que no se cumple la recomendación) x100 / 19.

Numerador: número de fallos * 100

Denominador: 19.

Criterio de Cumplimiento: < 2 “fallos”.

Observaciones:

Límite Superior / Límite Inferior: 85 % / 75 % (= a 0 fallos / 1 fallo).

Situación de partida (valor de referencia): se aplica la recomendación (aunque se desconoce en qué porcentaje).

Fuente de Información: Historias Clínicas (para evaluar cumplimiento de la recomendación) y CMBD (para identificar el universo: el proceso o diagnóstico al que aplica la recomendación).

Metodología de evaluación: Auditoria de 19 historias clínicas seleccionadas mediante el Método de Muestreo para aceptación de lotes (Método: LQAS).

En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o UGC enumerarlos:

Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:

Objetivos Específicos compartidos con otras Unidades

Por objetivos compartidos con otras Unidades de Gestión Clínica se ha de entender aquellos cuyo resultado dependa de la colaboración imprescindible de otra Unidad de Gestión Clínica (“está condicionado por ella”), se trate de una Unidad predominantemente diagnóstica o terapéutica.

Esta situación ha de reflejarse en el apartado “compartido con” de la ficha normalizada para Objetivos Específicos (Anexo IIIa) y supone, necesariamente, negociación y acuerdo entre Unidades que comparten un mismo objetivo puesto que el resultado final (puntuación) les afectará a todas ellas (véase la ficha del Anexo VI).

Se trata de un enfoque coherente con la estrategia de procesos asistenciales integrados (PAI) cuya finalidad es reforzarla.

Índice Sintético de Cumplimiento de Objetivos Compartidos con otras unidades.

La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar se marca como Objetivo para el año 2016 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.

Peso: 8

PROPUESTO POR:	TÍTULO DEL OBJETIVO	PUNTOS
ANATOMIA PATOLÓGICA	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA USO DE MUESTRAS DEL BIOBANCO	1 PUNTO
Objetivo 1 compartido con NEUMOLOGÍA	Disminuir la estancia media de los pacientes con derrame pleural complicado (GRD 085) en un 10 % con respecto a la media del SAS para ese mismo GRD (9,89). Estancia media Neumología (10.63 días)	2 PUNTOS
Objetivo 2 compartido con NEUMOLOGÍA	Garantizar que el tiempo de espera en AGD de los pacientes con cáncer de pulmón estudiados en nuestro centro no supere el resultado del año 2013 (16,83 días en 2013).	2 PUNTOS
FÍSICA Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA	ADECUADA UTILIZACIÓN DE LOS DOSÍMETROS PERSONALESVER FICHA ADJUNTA	1 PUNTO
Objetivos compartidos con atención primaria	PENDIENTE DE ACORDAR	2 PUNTOS
OBJETIVO COMPARTIDO / PESO GLOBAL		8

5. OBJETIVOS CRÍTICOS

Este apartado tendrá un peso de 100 puntos que se ponderará por 0,25.

- ▣ **Objetivo Crítico nº 12.1. Objetivos orientados al control de los consumos de material para la realización de la práctica asistencial de imputación directa a las UGC, indicaciones de ortopedia y de transporte no sanitario. (Cap. II y IV, sin farmacia)**

Indicador	CONTROL DEL GASTO EN MATERIAL FUNGIBLE
Fórmula/Criterio de cumplimiento	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
Fuente	Subdirección Económica de Control Gestión
Metodología de Evaluación	Informe de resultados por parte de la Subdirección Económica de Control Gestión
Peso	85
Lím. Superior (Óptimo)/ Lím. Inferior	10 / 0
Observaciones	Se evaluará teniendo en cuenta el consumo realizado por la UGC en el periodo del acuerdo, su comparativa tanto con el objetivo de consumo asignado como con el consumo en el año anterior, la evolución del consumo en los últimos 5 años, así como el plan de eficiencia establecido por la UGC y el grado de consecución del mismo

- ▣ **Objetivo Crítico nº 12.2. Objetivos orientados al uso adecuado de la prescripción farmacéutica: Indicadores cuantitativos de farmacia (consumo)**

Indicador	CONTROL DEL GASTO EN CONSUMO INTERNO DE FARMACIA
Fórmula/Criterio de cumplimiento	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
Fuente	Subdirección Económica de Control Gestión
Metodología de Evaluación	Informe de resultados por parte de la Subdirección Económica de Control Gestión
Peso	4
Lím. Superior (Óptimo)/ Lím. Inferior	10 / 0
Observaciones	Se evaluará teniendo en cuenta el consumo realizado por la UGC en el periodo del acuerdo, su comparativa tanto con el objetivo de consumo asignado como con el consumo en el año anterior, la evolución del consumo en los últimos 5 años, así como el plan de eficiencia establecido por la UGC y el grado de consecución del mismo

▣ **Objetivo Crítico nº 12.3. Cumplir con el Índice sintético de calidad de la prescripción.**

Indicador	INDICE SINTÉTICO DE CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN
Fórmula	Numerador: Sumatorio de los resultados obtenidos en los diferentes subindicadores en los cuales la unidad tenga un número de recetas superior a 30 Denominador: Número de subindicadores del índice sintético en los cuales la unidad tenga más de 30 recetas
Fuente	Farmacia
Peso	4
Nota	Cada Subindicador se valorará de 0 a 10 en función de los límites establecidos para cada subindicador del contrato programa (Ver tabla adjunta)
Límite Superior (Óptimo) Límite Inferior	10/3

Contrato Programa 2017. Farmacia. Índice Sintético de Calidad. Atención Hospitalaria					
Objetivo		Indicador	Ponderación	Mínimo	Óptimo
Digestivo	Inhibidores de la bomba de protones (IBP)	% DDD omeprazol/ DDD IBP	0,75	79	90
Diabetes	Antidiabéticos de segundo escalón	% DDD de gliclazida + glipizida + glimepiride/ DDD antidiabéticos excl. insulinas y metformina	1,75	10	40
	Insulinas de elección	% DDD insulinas intermedias + bifásicas/ DDD insulinas excl. insulinas rápidas	0,75	13	40
Riesgo Cardiovascular	Hipolipemiantes	% UD simvastatina + atorvastatina >= 40 mg/ UD hipolipemiantes	1,25	43	60
	Antihipertensivos del eje renina-angiotensina (I)	% DDD IECA solos o asociados a tiazidas/ DDD antihipertensivos del eje renina-angiotensina	1	45	58
	Antihipertensivos del eje renina-angiotensina (II)	% DDD losartan solo o asociado a tiazidas/ DDD ARA II	0,75	21	40
Salud mental	Antidepresivos (I)	% DDD ISRS/ DDD antidepresivos de 2ª generación excl. trazodona	0,75	60	75
	Antidepresivos (II)	% DDD citalopram + fluoxetina + sertralina/ DDD ISRS	0,25	53	72
Dolor	AINE	% DDD ibuprofeno + naproxeno/ DDD AINE	0,5	43	75
	Opioides	% DDD morfina/ DDD opioides mayores	1	4	15
Próstata	Medicamentos para HBP	% DDD doxazosina + alfuzosina + terazosina + prazosina + tamsulosina + finasteride/ DDD medicamentos para HBP	0,5	37	56
Antihistamínicos	Antihistamínicos sistémicos	% DDD loratadina + cetirizina/ DDD antihistamínicos de 2ª generación	0,25	10	30
Fracturas	Medicamentos para la prevención de fracturas	% DDD alendrónico (monofármaco)/ DDD bifosfonatos + calcitoninas + raloxifeno + bazedoxifeno + denosumab + ranelato de estroncio + teriparatida + PTH	0,5	15	52
ISC-AH			10	3	10

NOTA: Con respecto al CP 2016, se ha eliminado el indicador de inmunosupresores y su ponderación se añade al indicador de opioides. Se baja el mínimo del ISC-AH a 3.

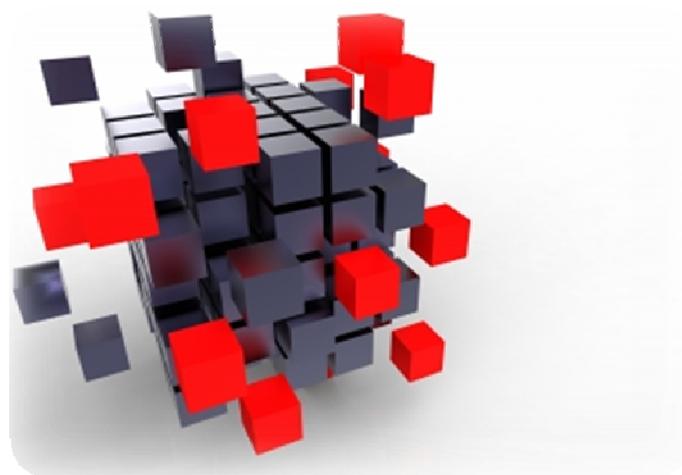
📌 Objetivo Crítico nº 12.4. Receta XXI

Indicador	RECETA XXI
Fórmula	Prescripción con receta XXI sobre el total de recetas
Fuente	Farmacia
Peso	2
Límite Superior (Óptimo) Límite Inferior	95%/50%

📌 Objetivo Crítico nº 12.5. PRESCRIPCIÓN POR PRINCIPIO ACTIVO

Indicador	PRESCRIPCIÓN POR PRINCIPIO ACTIVO
Fórmula	Prescripción por principio activo sobre el total de recetas
Fuente	Farmacia
Peso	5
Límite Superior (Óptimo) Límite Inferior	96%/88%

6. ANEXOS



ANEXO II

Autoevaluación del sistema de gobernanza clínica de las unidades de gestión clínica del Servicio Andaluz de Salud

Marque con una "x" la existencia de cada una de las características esenciales del sistema de gobernanza clínica (SGC) en su unidad de gestión clínica.

1. ¿Existe una dirección profesional?:

A. Única: SI

B. La dirección profesional, ¿se basa en un documento explícito de gestión integradora de las áreas de conocimiento compartido y aceptación del liderazgo y gestión profesional específica de las áreas de conocimiento no compartido? **Sí**

En caso afirmativo, dicho documento de gestión, ¿es conocido por todos los profesionales que componen la Unidad? **Sí**

2. La Dirección profesional de la Unidad está orientada a:

- ↪ ¿La selección y alcance de resultados clínicos / en salud relevantes? **Sí**
- ↪ ¿La selección de medidas de eficiencia en la gestión de los recursos vinculados a la clínica (personas, tecnología, materiales – dispositivos sanitarios de elevado consumo y / o coste)? **Sí**
- ↪ ¿La definición y el compromiso para obtener el impacto económico estimado de las medidas de eficiencia propuestas? **Sí**
- ↪ ¿La gestión participativa de las personas integrantes de la Unidad? **Sí**

3. ¿Existe una Comisión de Dirección de la Unidad?: Sí

En caso afirmativo:

- ↪ La Comisión de Dirección de la Unidad, ¿está Integrada, al menos por los líderes profesionales de las áreas de conocimiento? **Sí**

- Las decisiones de la Comisión de Dirección de la Unidad, ¿se relacionan coherentemente con los subapartados del punto 2? **Sí**
- Las decisiones de la Comisión de Dirección de la Unidad, ¿son vinculantes para los líderes de las diferentes áreas de conocimiento tanto específico como compartido? **Sí**

4. ¿Existe un sistema de participación activa de los usuarios atendidos en la Unidad en las decisiones que les afecten directa e indirectamente, por ofrecimiento pro activo a...

- Asociaciones de Autoayuda de enfermedades prevalente o de especial impacto social? **Sí**
- Movimientos de “pacientes activos / expertos”?: **Sí**
- Foros Asesores de ciudadanos?: **No**
- Técnicas de Grupo Nominal con usuarios? **Sí**
- Otros (especificar):

5. Existe un Plan de Desarrollo e Innovación Organizativa para la mejora de la Gestión Clínica de la Unidad, que aporte valor al menos en los siguientes apartados:

- Más y mejores resultados clínicos normalizados, relevantes para las necesidades de los usuarios de la Unidad, basados en evidencias contrastadas y respaldados por Sociedades Científicas o instituciones expertas en medidas e indicadores de salud / clínicos del tipo de la AgencyforHealthCareResearchQuality (AHRQ). **Sí**
- Incorporación continua del mejor conocimiento clínico disponible a los profesionales que integran la Unidad, directamente relacionado con los procesos y procedimientos más frecuentes, graves y / o costosos padecidos por los usuarios atendidos en la Unidad. Conocimiento acreditado por el sistema de evaluación y por la mejora de las competencias profesionales a través de sistemas normalizados, científicas y socialmente reconocidas y contrastables. **Sí**
- Gestión clínicamente racional e integradora de los recursos que la Organización Corporativa (SAS) destina a la Unidad para la resolución de los problemas de salud – enfermedad de los ciudadanos atendidos en la Unidad. **Sí**
- Integración coherente de los apartados anteriores de forma que la gestión racional y eficiente de los recursos y las formas de prestación de los servicios y cuidados, siempre aporte valor positivo a los resultados clínicos y/o en salud, que hayan sido priorizados por la UGC según relevancia, utilidad y coste – efectividad. **Sí**



En caso de que alguna de las características esenciales del SGC de mi unidad no se cumpla, acepto el compromiso de:

- ↪ Que todas las características esenciales del SGC de mi unidad de gestión clínica, estarán desarrolladas y serán efectivas: año 2016

- ↪ Facilitar la evaluación externa por la DG asistencia sanitaria y la ACSA del SGC de mi unidad y en caso necesario, poner en marcha las intervenciones necesarias para superar las no conformidades detectadas.

ANEXO V

Metodología de evaluación de los objetivos específicos del tipo “dejar de hacer”

Muestreo para la aceptación de lotes (Método LQAS) ¹

Condiciones de aplicación (Distribución Prob. Binomial):

- ↪ Utiliza tamaños muestrales muy reducidos. La muestra no debe ser > al 10% de la población (siempre mayor de 30 casos).
- ↪ La variable que se evalúa sólo puede tener dos valores posibles (cumple/no cumple; acierto/fallo).
- ↪ Cada uno de las unidades a evaluar es independiente de las otras.
- ↪ La probabilidad de Cumplimiento/Incumplimiento es la misma para cada uno de los casos.

(n) tamaño muestra	50	29	19	14	11	9	7	6	5	5	4	4	3	3	3	2	2	2	1
(a) nº de fallos																			
0	95%	90%	85%	80%	75%	70%	65%	60%	55%	50%	45%	40%	35%	30%	25%	20%	15%	10%	5%
	0,0770	0,0471	0,0456	0,0440	0,0422	0,0404	0,0490	0,0467	0,0503	0,0812	0,0410	0,0256	0,0429	0,0270	0,0156	0,04	0,0225	0,0100	0,0500
1	90%	85%	75%	70%	60%	55%	45%	40%	35%	35%	25%	20%	10%						
	0,0290	0,0459	0,0268	0,0470	0,0266	0,0339	0,0320	0,0369	0,0487	0,0487	0,0469	0,0256	0,027						
2	85%	80%	70%	60%	50%	45%	35%	25%	15%										
	0,0110	0,0393	0,0358	0,032	0,0268	0,0407	0,0466	0,0330	0,0244										
3	85%	75%	65%	55%	45%	35%	25%	15%											
	0,0320	0,0322	0,0422	0,0460	0,0462	0,0424	0,0286	0,0414											
4	80%	70%	60%	45%	35%	25%	10%												
	0,0120	0,0258	0,0422	0,0320	0,0379	0,0389	0,0230												
5	80%	65%	55%	40%	25%	15%													
	0,0300	0,0202	0,0497	0,040	0,0267	0,0283													
6	75%	60%	50%	35%	20%														
	0,0120	0,0435	0,052	0,0510	0,0387														
7	75%	60%	45%	25%	15%														
	0,0260	0,0327	0,0530	0,0280	0,0535														
8	75%	55%	40%	20%	5%														
	0,0470	0,0260	0,0530	0,0320	0,0136														
9	70%	55%	35%	15%															
	0,0220	0,0480	0,0520	0,0350															
10	70%	50%	30%	10%															
	0,0390	0,0370	0,051	0,0350															
11	65%	45%	25%																
	0,0180	0,0280	0,0480																
12	65%	45%	20%																
	0,0320	0,058	0,0450																
13	65%	40%	15%																
	0,0500	0,0380	0,0038																

¹ La distribución binomial y el muestreo para la aceptación de lotes (LQAS) como métodos de monitorización en servicios de salud. Pedro J. Saturno Hernández U.D. Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Murcia.



Metodología de evaluación

Auditoría de 19 historias clínicas seleccionadas aleatoriamente (tamaño calculado mediante el Método de Muestreo para aceptación de lotes).

ANEXO VII

Reingresos por todas las causas. Aclaraciones

Traducido del documento técnico de la AHRQ²

1. Marco temporal: 30 días tras el alta.

Entre las razones que justifican este marco temporal se encuentran:

Dentro de este marco, las readmisiones tienen mayor probabilidad de ser atribuidas a los cuidados recibidos durante la hospitalización inicial y durante la transición al entorno de atención primaria.

Varios estudios (citas 19, 20, 22, 27 a 34, 38 del documento técnico) demuestran que las mejoras de los cuidados en el momento del alta del paciente pueden reducir las tasas de reingresos no programados a los 30 días del alta.

El Hospital, en colaboración con las comunidades que atienden, puede adoptar diferentes acciones que reduzcan las readmisiones:

- ↪ Asegurar que los pacientes están clínicamente preparados para afrontar y resolver los problemas derivados del proceso / procedimiento por el que han estado ingresados y que pudieran presentarse (signos y síntomas de alerta, cuidados a seguir).
- ↪ Reducir los riesgos de infección.
- ↪ Conciliar las medicaciones.
- ↪ Mejorar la comunicación entre los proveedores de cuidados que participan en el proceso de transición entre hospital y atención primaria.
- ↪ Fomentar (elaborar) estrategias que sigan los principios de gestión de enfermedades.
- ↪ Educar a los pacientes sobre los síntomas a monitorizar, especificar a quién contactar en caso de dudas o preguntas, y dónde y cuándo buscar atención médica de seguimiento (cuidados de seguimiento).

Los estudios citados muestran también que los beneficios de dichas intervenciones pueden tardar más de 14 días en notarse (cita 39).

² Hospital-wide All-cause Unplanned Readmission Measure. Final Technical Report. Submitted by Yale New Haven Health Services Corporation/Center for Outcomes Research & Evaluation. July 2012 (Páginas 15, 18, 19 – 22, 29 - 31)

2. Reingresos por cualquier causa

Las razones para incluir en el indicador los reingresos por “cualquier causa” o por todas las causas (“*all-cause readmisión*”) **en lugar de los reingresos relacionados con la hospitalización previa**, son:

1º Desde la perspectiva del paciente, cualquier motivo de readmisión es probablemente un resultado indeseable de la prestación de cuidados.

Además, los reingresos por cualquier razón exponen a los pacientes a los riesgos asociados a la hospitalización, tales como errores de iatrogenia.

2º No existe ningún método confiable que permita determinar si un reingreso está relacionado con la hospitalización previa, basándose en causas documentadas de readmisión. Por ejemplo, un paciente con ictus que desarrolla neumonía por aspiración, puede finalmente ser readmitido al hospital por distrés respiratorio. Sería inapropiado considerar esta readmisión como no relacionada con los cuidados recibidos por el ictus.

3º El rango de reingresos potencialmente evitables también incluye aquellos no directamente relacionados con la condición de ingreso inicial, tales como: los derivadas de errores de conciliación de medicación, pobre comunicación entre proveedores al alta o inadecuado seguimiento post-alta. Crear una lista exhaustiva de reingresos potencialmente evitables relacionados con las condiciones de hospitalización previas sería arbitrario y, por último, difícil de implementar.

4º Todos los informes existentes sobre indicadores de medición de reingresos por todas las causas, muestran la consistencia de las mismas.

5º La investigación muestra que las intervenciones para reducir los reingresos reducen los reingresos por cualquier causa, no solo los relacionados con condiciones específicas.

Por último, definir el indicador de resultado como reingresos por cualquier causa, puede animar a que los hospitales implementen iniciativas amplias dirigidas a mejorar el cuidado integral dentro del hospital y a establecer transiciones desde el hospital que no limiten su enfoque a un reducido conjunto de condiciones específicas.

3. Criterios de exclusión en el cálculo del indicador

- ↪ Altas por éxitos: los pacientes que mueren durante la hospitalización “inicial”, obviamente, no pueden ser readmitidos.

- Altas voluntarias (“en contra del consejo médico”): el hospital difícilmente puede desarrollar con la suficiente amplitud los cuidados necesarios.
- Altas por transferencia a otros hospitales (las readmisiones se miden en el hospital que finalmente da el alta).
- Altas por tratamientos médicos de cáncer (motivo: su mortalidad y perfil de readmisión siguen un patrón muy distinto al resto de admisiones. Sus resultados no correlacionan bien con los del resto de altas (por otros motivos de ingreso). Pero los pacientes con cáncer cuyas altas sean por otros diagnósticos o para tratamiento quirúrgico de su cáncer, si se incluyen.
- Altas de pacientes psiquiátricos. Motivo: su comportamiento no es comparable con las altas de hospitales de agudos.
- Altas por cuidados de rehabilitación, colocación de prótesis y ajuste de dispositivos (CCS 254). Motivo: no se consideran como receptores de cuidados agudos.

Nota: Una readmisión dentro del plazo de 30 días también será elegible como una admisión inicial (a veces traducida como “índice”).

Ello permite captar reingresos repetidos en el mismo paciente.

4. Método de cálculo del indicador³

La definición de “reingreso” y del indicador (numerador y denominador) y su ejemplarización, aclara mucho el proceso de cálculo y lo simplifica respecto a la propuesta de indicador de la AHRQ. De hecho no recurre a ajustes ni a su cálculo por cohortes específicas, como hace aquella en su propuesta desde el equipo de Yale.

Lo calcula como una Tasa de Reingresos a los 30 días:

Número de estancias con al menos una estancia en el hospital
en los 30 días posteriores.

Número total de estancias hospitalarias entre enero y noviembre
(ambos incluidos)

*100

Solo se cuenta un reingreso en el periodo de 30 días, dado que la medida de resultado evaluada aquí es el “porcentaje de altas con una readmisión”.

³Methods Calculating Readmissions for HCUPnet (Páginas 1 a 5). Disponible en: <http://hcupnet.ahrq.gov/HCUPnet.app/Methods-HCUPnet%20readmissions.pdf>



Todo paciente dado de alta en el Hospital (“estancia índice”) es seguido por 30 días, si se produce alguna readmisión durante ese periodo de tiempo, la estancia índice se cuenta como que tiene un reingreso.

FICHA DE CAPTURA ANUAL DE MEDIDAS DE EFICIENCIA						PERIODIFICACIÓN DEL IMPACTO			
Código Medida	Descripción Medida	Fecha implantación medida (mes/año)	Indicador para cuantificar el impacto económico en consumo (CÓDIGO SAS O CÓDIGO GC)	Impacto Económico Anual	Primer Trimestre	Segundo Trimestre	Tercer Trimestre	Cuarto Trimestre	
01	Control indicación urokinasa (reducir en un 25% el consumo de 2016)	ene-17	Urokinasa	609	0	0	0	0	
02	Mantener el bajo uso de dispositivos de sellado tipo bisturí ultrasónico	ene-17	SU.PC.SANI.01.11.06.057000	0	0	0	0	0	
03	Uso de hemostáticos de acuerdo con lo indicado en el protocolo establecido	ene-17	SU.PC.SANI.01.11.09	0	0	0	0	0	
04	Cambio de uso de endograpadora cortadora de punta curva 45 y 30, por Universal (recta) en un 20%, que son de coste inferior	feb-17	SU.PC.SANI.01.13.05.600015; SU.PC.SANI.01.13.05.600013; SU.PC.SANI.01.13.05.600002;	6.672	1.668	1.668	1.668	1.668	
05	Disminución en un 20% de apósitos especiales y equipos de presión negativa por adelanto de cura plana	feb-17	SU.PC.SANI.01.00.04	3.868	703	1.055	1.055	1.055	
06	Utilizar catéter de diálisis peritoneal como sustituto del Sistema Pleurex	ene-17	SU.PC.SANI.01.21.00.100000. Pendiente sistema pleurex						
07	Utilización de la misma sesión quirúrgica para el tratamiento de metástasis hepato pulmonares	ene-17							
08	Mantenimiento de los protocolos establecidos en 2012 de control de la petición de pruebas complementarias: Mantener las URVs consumidas en 2016 o bajar 450 URVs en 2017/2016								
09	Reducción de 1.200 estancias respecto al IUE SAS	ene-17	Estancias evitadas CMBD	0	0	0	0	0	

En Córdoba a 30/01/2017.
El Director/a Gerente del Centro
HOSPITAL U. "REINA SOFIA"
Dirección Gerencia
C.I.F. G. 15013-2
Fdo: Marina Álvarez-Bamto

El Director/a de la UGC
Fdo: Angel Salvatierra Velázquez

Código UGC 000209
Código Centro 3920
Año 2017

UGC CIRUGÍA TORÁCICA
Centro HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA
Provincia CORDOBA

