



SERVICIO ANDALUZ DE SALUD
Consejería de Salud y Familias



Hospital Universitario Reina Sofía

HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA

ACUERDO DE GESTIÓN CLÍNICA 2021

UGC DE CIRUGÍA TORÁCICA Y TRASPLANTE PULMONAR



SERVICIO ANDALUZ DE SALUD
Consejería de Salud y Familias



Hospital Universitario Reina Sofía

- Aclaración 1: El acuerdo de gestión clínica entra en vigor desde el 1 de junio de 2021.
- Aclaración 2: Para las actividades de educación para la salud, se valorará la realización de actividades tanto en modo presencial como en entorno virtual.

PÁGINA A REEMPLAZAR POR HOJA FIRMAS

Doble cara



PÁGINA A REEMPLAZAR POR HOJA FIRMAS

Doble cara

INTRODUCCIÓN

La Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía recoge la universalidad y la equidad en los niveles de salud y la igualdad efectiva en el acceso al SSPA como los valores que inspiran el modelo de atención sanitaria pública de Andalucía. Asimismo, constituyen principios básicos de este modelo la concepción integral de la salud, la descentralización, autonomía y responsabilidad en la gestión de los servicios, la mejora continua en la calidad de los mismos especialmente en lo referente a la atención personal y la utilización eficaz y eficiente de los recursos sanitarios.

El Servicio Andaluz de Salud es una agencia administrativa de la Consejería de Salud y Familias que se adscribe a la Viceconsejería de Salud y Familias, cuyas competencias y funciones están reguladas por la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía y por el Decreto 105/2019 de 5 de febrero, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Salud y Familias y del Servicio Andaluz de Salud.

El Servicio Andaluz de Salud constituye por su estructura, dimensión, distribución territorial y volumen de actividad asistencial, el principal ente instrumental para la provisión de servicios de salud a la ciudadanía de Andalucía. Tiene la responsabilidad, bajo la supervisión y control de la Consejería, de la gestión del conjunto de prestaciones sanitarias en el terreno de la promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria y rehabilitación; la administración y gestión de las instituciones, centros y servicios sanitarios que actúan bajo su dependencia orgánica y funcional; y la gestión de los recursos humanos, materiales y financieros que se le asignen para el desarrollo de sus funciones.

El Decreto 105/2019 de 5 de febrero, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Salud y Familias y del Servicio Andaluz de Salud, contempla en su articulado a la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, como la responsable de la elaboración de las propuestas de actuación que deban formularse, en relación con los presupuestos y Contrato-Programa del SAS y de las entidades que tenga adscritas.

Dentro de este ámbito, el Contrato Programa es el instrumento de que se dota la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud para establecer las actividades a realizar por sus centros, los recursos de que éstos dispondrán, así como el marco y dinámica de sus relaciones para el año 2021.

Desde la Consejería de Salud y Familias, se apuesta por una sanidad pública gestionada con nuestros profesionales, basada en los resultados en salud y orientada a prestar la mejor asistencia posible a sus pacientes. Una sanidad que cuente con un sistema de evaluación continua del sistema sanitario público de Andalucía, que, apuesta por la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, y que salvaguarde los principios de igualdad y equidad en el acceso al sistema, la dignidad de la calidad y de los derechos del paciente.

Las líneas estratégicas para la mejora de nuestro sistema de salud, en los próximos años, se sustentan en cuatro pilares:

- El primer pilar es **el paciente**. Debe ser el centro de nuestra actuación y participar de una forma más activa en la mejora del sistema.
- El segundo pilar, **los profesionales**, como principal activo del sistema sanitario público andaluz.
- El tercer pilar es la mejora **del modelo de gestión**.
- Y el cuarto y último pilar, **una financiación adecuada** de nuestra sanidad.

Las medidas que se pondrán en marcha para impulsar las mejoras, en estos ámbitos, se construirán desde el diálogo con las Sociedades Científicas, con los profesionales y los pacientes que constituyen la piedra angular del sistema.

Por lo tanto, el Contrato Programa supone no sólo la constatación del compromiso adquirido por el Servicio Andaluz de Salud para alcanzar los objetivos fijados, sino también **el compromiso de los centros para dar respuesta a las expectativas de los ciudadanos en materia de salud, con criterios de calidad y seguridad.**

El Contrato programa supone un esfuerzo de síntesis y concreción de **objetivos orientados a la consecución de resultados en salud**, así como a la evaluación más eficiente y eficaz que se respalde en los sistemas de información sanitaria implantados en nuestro sistema sanitario.

Debido a las excepcionales circunstancias que han concurrido durante el 2020 y que afectan a la vuelta a la normalidad en el funcionamiento de los centros, se ha decidido modular las metas de determinados objetivos en el Contrato Programa y su evaluación. La evaluación de los objetivos tendrá lugar a final del año si bien se realizará un seguimiento permanente de los mismos con la periodicidad que se indica para cada uno de ellos.

Es por todo ello, por lo que se establecen las áreas y los objetivos sobre las que se fundamenta el Contrato Programa para 2021 y se trasladan al Acuerdo de Gestión Clínica 2021, en su bloque de Objetivos Comunes, que a continuación, se exponen:



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	5
ÍNDICE	7
OBJETIVOS COMUNES.....	8
1 PERSPECTIVA ECONÓMICA	8
ÁREA ESTRATÉGICA: 1.1 CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS PRESUPUESTARIOS.....	8
2 PERSPECTIVA CIUDADANÍA	10
ÁREA ESTRATÉGICA: 2.1 LISTA DE ESPERA	10
2.1.1 LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA	10
2.1.2 LISTA DE ESPERA DE CONSULTAS	11
ÁREA ESTRATÉGICA: 2.3 SATISFACCIÓN DE LA CIUDADANÍA	12
2.3HURS Relaciones con la ciudadanía	12
3 PERSPECTIVA CONOCIMIENTO.....	13
ÁREA ESTRATÉGICA: 3.1 FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN.....	13
4 PERSPECTIVA PROCESO ASISTENCIAL.....	14
ÁREA ESTRATÉGICA: 4.1 ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN SANITARIA.....	14
4.1.1 HOSPITALIZACIÓN	14
4.1.2 HOSPITAL DE DÍA QUIRÚRGICO	15
4.1.4 CONSULTAS EXTERNAS.....	15
ÁREA ESTRATÉGICA: 4.2 CALIDAD ASISTENCIAL.....	16
4.2.1 USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO.....	16
4.2.4 OTROS INDICADORES DE CALIDAD EN EL HOSPITAL	18
4.2.4HURS Índice Sintético de Seguridad del paciente (ISSP)	18
4.2.4.99HURS ÍNDICE SINTÉTICO DE CUIDADOS	21
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
E01 Mortalidad tras la resección quirúrgica del Carcinoma broncogénico	23
E02 Disminuir el tiempo de espera para intervención de Cáncer de Pulmón. PLAN INTEGRAL DE CÁNCER. CÁNCER DE PULMÓN.....	23
E03 Mortalidad tras la realización de Trasplante Pulmonar.....	24
E04 Reintervenciones urgentes tras resección pulmonar en pacientes con carcinoma de pulmón	25
E05 Incrementar el índice de resolución por CMA de Simpatectomías	25
TABLA RESUMEN	26

OBJETIVOS COMUNES

Los Objetivos Comunes representan el 60% del acuerdo y corresponden a los objetivos marcados en Contrato Programa para el Hospital que están más directamente relacionados con la Unidad.

1 PERSPECTIVA ECONÓMICA

ÁREA ESTRATÉGICA: 1.1 CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS PRESUPUESTARIOS

1.1.1.2 Grado de cumplimiento del presupuesto asignado para acuerdos de consumo (capítulos II y IV sin recetas)

Indicador 1	CUMPLIMIENTO PRESUPUESTO ASIGNADO EN ACUERDO DE CONSUMO CAPÍTULO II y IV sin recetas
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
Lím. Superior (Óptimo)/ Lím. Inferior	10 / 0
Peso	5
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. 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.

1.1.1.2 HURS PLAN DE EFICIENCIA

Indicador 1	ELABORACIÓN Y CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE EFICIENCIA CAPÍTULO II Y IV
Fórmula/Criterio de cumplimiento	NIVEL DE CALIDAD Y GRADO 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
Lím. Superior (Óptimo)/ Lím. Inferior	10 / 0
Peso	5
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 (se medirá teniendo en cuenta lo que representa el consumo de las medidas recogidas en el Plan de eficiencia sobre el consumo total de la UGC), así como el grado de cumplimiento del mismo (impacto económico alcanzado/impacto esperado) Uso racional del transporte sanitario

1.1.1.3	Grado de cumplimiento del presupuesto asignado para acuerdos de consumo en farmacia (capítulo IV recetas)
OBJETIVO	No superar el presupuesto asignado para acuerdos de consumo en farmacia (capítulo IV recetas)
META	<= 102% del consumo en farmacia (capítulo IV recetas) del año 2020
CÁLCULO	Desviación porcentual de los importes de consumo del Órgano Gestor respecto al presupuesto asignado en los Acuerdos de Consumo
PERIODICIDAD	Mensual
FUENTE DE INFORMACIÓN	FARMA
UNIDAD INFORMANTE	UGC Farmacia
ACLARACIONES	El periodo de evaluación será el periodo de vigencia del presente acuerdo
MÉTODO DE EVALUACIÓN	
PESO	3

2 PERSPECTIVA CIUDADANÍA

ÁREA ESTRATÉGICA: 2.1 LISTA DE ESPERA

2.1.1 LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA

2.1.1.1	Nº de pacientes pendientes de un procedimiento sujeto a garantía de respuesta quirúrgica que superan el plazo establecido
OBJETIVO	El Hospital garantizará que ningún paciente pendiente de un procedimiento sujeto a garantía de respuesta quirúrgica supere el plazo establecido en su caso
META	0
CÁLCULO	-
PERIODICIDAD	Mensual
FUENTE DE INFORMACIÓN	AGD
UNIDAD INFORMANTE	Sistemas de Información
ACLARACIONES	Los centros que superen el 5% de intervenciones en situación de “transitoriamente no programables” serán incluidos en el plan de auditorías de la Inspección
MÉTODO DE EVALUACIÓN	
PESO	9

2.1.1.2	Nº de pacientes pendientes de un procedimiento NO sujeto a garantía de respuesta quirúrgica que superan 365 días
OBJETIVO	El Hospital garantizará que ningún paciente pendiente de un procedimiento no sujeto a garantía de respuesta quirúrgica supere el plazo de 365 días
META	0
CÁLCULO	-
PERIODICIDAD	Mensual
FUENTE DE INFORMACIÓN	AGD
UNIDAD INFORMANTE	Sistemas de Información
ACLARACIONES	
MÉTODO DE EVALUACIÓN	
PESO	6

2.1.2 LISTA DE ESPERA DE CONSULTAS

2.1.2.1	Nº de pacientes pendientes de una primera consulta solicitada desde AP que superan 60 días para ser atendidos
OBJETIVO	El Hospital garantizará que ningún paciente pendiente de una primera consulta solicitada desde AP supere el plazo de 60 días para ser atendido
META	0
CÁLCULO	-
PERIODICIDAD	Mensual
FUENTE DE INFORMACIÓN	INFHOS
UNIDAD INFORMANTE	Sistemas de Información
ACLARACIONES	Se contabilizan las solicitudes de primeras consultas con cita y sin cita de todas las especialidades
MÉTODO DE EVALUACIÓN	
PESO	2

2.1.2.2	Nº de pacientes pendientes de una primera consulta solicitada desde AH que superan 60 días para ser atendidos
OBJETIVO	El Hospital garantizará que ningún paciente pendiente de una primera consulta solicitada desde AH supere el plazo de 60 días para ser atendido
META	0
CÁLCULO	-
PERIODICIDAD	Mensual
FUENTE DE INFORMACIÓN	INFHOS
UNIDAD INFORMANTE	Sistemas de Información
ACLARACIONES	Se contabilizan las solicitudes de primeras consultas con cita y sin cita de todas las especialidades
MÉTODO DE EVALUACIÓN	
PESO	4

ÁREA ESTRATÉGICA: 2.3 SATISFACCIÓN DE LA CIUDADANÍA

2.3HURS Relaciones con la ciudadanía

Peso del objetivo=2 puntos

Indicador 1	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	50% del peso total del objetivo
Lím. Superior (Óptimo)/Lím. Inferior	SI cumple – NO cumple
Observaciones	
Indicador 2	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	50% del peso total del objetivo
Lím. Superior (Óptimo)/Lím. Inferior	LÍMITE SUPERIOR >90% - LÍMITE INFERIOR <70%
Observaciones	Anual

3 PERSPECTIVA CONOCIMIENTO

ÁREA ESTRATÉGICA: 3.1 FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN

3.1.1.3	Factor de impacto global de las publicaciones con factor de impacto
OBJETIVO	Incrementar el factor de impacto global de las publicaciones con factor de impacto
META	Meta >= media de los 3 últimos años disponibles
CÁLCULO	Sumatorio del factor de impacto de las publicaciones realizadas en el año
PERIODICIDAD	Anual
FUENTE DE INFORMACIÓN	IMPACTIA
UNIDAD INFORMANTE	IMIBIC
ACLARACIONES	Meta IMIBIC 2021: 15
MÉTODO DE EVALUACIÓN	
PESO	2

4 PERSPECTIVA PROCESO ASISTENCIAL

ÁREA ESTRATÉGICA: 4.1 ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN SANITARIA

4.1.1 HOSPITALIZACIÓN

4.1.1.1	Índice de utilización de las estancias hospitalarias
OBJETIVO	Uso adecuado de las estancias hospitalarias en función de la casuística atendida.
META	El límite inferior del intervalo de confianza del Índice de Utilización de Estancias (IUE) en el hospital estará por debajo de la unidad el IUE si estuviera por encima de la misma
CÁLCULO	<p>IUE (Índice Utilización de Estancias): Compara el consumo real de estancias del hospital con el esperado para la casuística que ha tratado. $IUE = EM \text{ observada} / EM \text{ esperada}$</p> <p>EME (Estancia Media Esperada): Estancia media que tendría el hospital h (EMeh) si los GRD-APR de las altas CMBD válidas que ha generado hubieran tenido la estancia media del estándar. $EMeh = \Sigma(Nih \times EMis) / \Sigma(Nih)$ donde: i: GRD-APR i h: hospital h Nih: número de altas en el GRD-APR i en el hospital h EMis: estancia media del GRD-APR i en el estándar</p>
PERIODICIDAD	Trimestral
FUENTE DE INFORMACIÓN	CMBD HOSPITALIZACIÓN
UNIDAD INFORMANTE	Servicio de Calidad y Documentación Clínica
ACLARACIONES	
MÉTODO DE EVALUACIÓN	
PESO	2

4.1.1.3	Estancia media preoperatoria en Intervenciones programadas procedentes de ingresos programados
OBJETIVO	Disminuir la estancia media preoperatoria en intervenciones programadas procedentes de ingresos programados (EMPO)
META	EMPO \leq 0,5 días
CÁLCULO	Media de días que transcurren entre el ingreso y el primer procedimiento quirúrgico programado en los episodios con un ingreso programado
PERIODICIDAD	Mensual
FUENTE DE INFORMACIÓN	CMBD HOSPITALIZACIÓN
UNIDAD INFORMANTE	Servicio de Calidad y Documentación Clínica
ACLARACIONES	
MÉTODO DE EVALUACIÓN	
PESO	1

4.1.2 HOSPITAL DE DÍA QUIRÚRGICO

4.1.2.1	Capacidad de resolución mediante CMA (IR)
OBJETIVO	Aumentar la capacidad de resolución mediante Cirugía Mayor Ambulatoria (IR)
META	Límite inferior 30%. Límite superior 40%.
CALCULO	Sumatorio de los grupos CMA distintos a los que han sido asignados los procedimientos de cada registro en HDQ/sumatorio de los grupos de los CMA distintos a los que han sido asignados los procedimientos de cada registro en HDQ y Hospitalización
PERIODICIDAD	mensual
FUENTE DE INFORMACION	CMBD HOSPITALIZACIÓN y HDQ
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	
MÉTODO DE EVALUACIÓN	>= 40%: 100% de los puntos <= 30%: 0% de los puntos El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor
PESO	2

4.1.4 CONSULTAS EXTERNAS

4.1.4.1	% Primeras consultas sobre el total de consultas
OBJETIVO	el porcentaje de primeras consultas sobre el total de consultas
META	>=30%
CÁLCULO	(Primeras consultas procedentes de AP + Interconsultas de otra especialidad) x100/total de consultas
PERIODICIDAD	Mensual
FUENTE DE INFORMACIÓN	INFHOS
UNIDAD INFORMANTE	Sistemas de Información
ACLARACIONES	Se incluyen las consultas presenciales y virtuales (tele-consulta y telefónicas) Se excluyen las consultas de: Análisis Clínicos, Anatomía Pat., Bioquímica Clínica, Farmacología Clínica, Farmacia Hospitalaria, Hematología, Inmunología, Medicina Nuclear, Microbiología, Neurofisiología Clínica, Oncología Médica, Oncología Radioterápica, Estomatología, Medicina del Trabajo y Medicina Preventiva
MÉTODO DE EVALUACIÓN	
PESO	1

ÁREA ESTRATÉGICA: 4.2 CALIDAD ASISTENCIAL

4.2.1 USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

4.2.1.1	Presión antibiótica global
Objetivo	Disminuir la presión antibiótica global
META	<=1 Reducción de la presión antibiótica global en hospitales durante 2021 vs 2020
CALCULO	
PERIODICIDAD	Acumulado interanual. Periodo octubre 2020 a septiembre 2021 frente a periodo anterior
FUENTE DE INFORMACIÓN	PIRASOA
UNIDAD INFORMANTE	Dirección General de Asistencia Sanitaria y resultados en salud
ACLARACIONES	Se estratificarán los resultados según el nivel de complejidad (I,II, III y IV) de los centros. Se medirá con periodicidad trimestral, comparando las DDDs para cada unidad por trimestres. Este año sólo aplica para 3º y 4º trimestre.
MÉTODO DE EVALUACION	
PESO	2

4.2.1.2	4.2.1.2 % de los medicamentos biológicos prescritos mediante receta que son biosimilares RECETAS
OBJETIVO	Aumentar el porcentaje de los medicamentos biológicos prescritos que son biosimilares
META	>=50%
CÁLCULO	DDD biosimilares dispensados en recetas /DDD medicamentos biológicos totales dispensados en recetas x 100
PERIODICIDAD	Mensual acumulados del periodo Enero 2021-Diciembre 2021
FUENTE DE INFORMACIÓN	FARMA
UNIDAD INFORMANTE	UGC Farmacia
ACLARACIONES	Incluye Recetas de atención primaria y atención hospitalaria
MÉTODO DE EVALUACIÓN	
PESO	2

4.2.1.4	4.2.1.4 Revisar las prescripciones activas de los pacientes polimedcados
OBJETIVO	Revisar las prescripciones activas de los pacientes polimedcados
META	Revisar las prescripciones de $\geq 90\%$ de los pacientes con ≥ 15 prescripciones activas de medicamentos en receta XXI
CÁLCULO	(Pacientes polimedcados revisados hasta diciembre 2021 / pacientes polimedcados de enero a diciembre de 2021) X 100
PERIODICIDAD	Mensual acumulados del periodo Enero 2021-Diciembre 2021
FUENTE DE INFORMACIÓN	FARMA-MTI
UNIDAD INFORMANTE	UGC Farmacia
ACLARACIONES	SE APLICARÁ A REVISIÓN DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS POR LA UNIDAD ESPECÍFICAMENTE
MÉTODO DE EVALUACIÓN	
PESO	1

4.2.1.5	4.2.1.5 Riesgo de efectos adversos por el uso de medicamentos en pacientes crónicos (RP4)
OBJETIVO	Mejorar el uso de los medicamentos en pacientes crónicos revisando los potenciales problemas de seguridad derivados de la prescripción
META	Modificar $\geq 50\%$ de problemas notificados
CÁLCULO	Potenciales problemas de seguridad derivados de la prescripción modificados en pacientes crónicos x100/potenciales problemas de seguridad derivados de la prescripción notificados en pacientes crónicos
PERIODICIDAD	Semestral
FUENTE DE INFORMACIÓN	FARMA-MTI
UNIDAD INFORMANTE	UGC Farmacia
ACLARACIONES	
MÉTODO DE EVALUACIÓN	
PESO	1

4.2.1.6	4.2.1.6 Prescripción por principio activo
OBJETIVO	promover la prescripción por principio activo
META	$\geq 95\%$
CÁLCULO	Nº de recetas prescritas por principio activo de medicamentos sustituibles excepto inyectables x100/ nº total de recetas prescritas de medicamentos sustituibles excepto inyectables
PERIODICIDAD	Mensual acumulados del periodo Enero 2021-Diciembre 2021
FUENTE DE INFORMACIÓN	FARMA-MTI
UNIDAD INFORMANTE	UGC Farmacia
ACLARACIONES	
MÉTODO DE EVALUACIÓN	
PESO	2

4.2.4 OTROS INDICADORES DE CALIDAD EN EL HOSPITAL

4.2.4.HURS Índice Sintético de Seguridad del paciente (ISSP)

- Indicador1: Dolor (evaluación y reevaluación):
 Subindicador .1: Identificación del % de pacientes con valoración del dolor
 Subindicador 2 Reevaluación del dolor en pacientes con EVN/PAINAD ≥ 3
 Indicador 2: SEGURIDAD DEL PACIENTE CP 2021
 Indicador 3: Complimentación del Listado de Verificación quirúrgica
 Indicador 4: **IMPLEMENTACIÓN DEL POE DE RECOMENDACIONES IQZ**

Peso del objetivo: 4 a repartir por igual entre los distintos indicadores (25%)

Indicador 1	Medición del dolor y reevaluación del mismo como 5ª constante
Aclaraciones	- 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 . - Dónde se debe registrar: Registro del dolor en la gráfica de constantes de la Historia Digital del paciente (Estación de Cuidados)
Subindicador 1.1	1.1 Identificación del % de pacientes con valoración del dolor
Fórmula/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	Gráfica de constantes (DAH-Estación de Cuidados)
Metodología de Evaluación	Explotación de DAH e Informe de resultados por parte de SSII.
Peso	12.5% DEL PESO TOTAL
Límite Superior (Óptimo) / Límite Inferior	70%/50%
Subindicador 1.2	1.2 Reevaluación del dolor en pacientes con EVN/PAINAD ≥ 3
Fórmula/Criterio de cumplimiento	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
Fuente	Gráfica de constantes (DAH-Estación de Cuidados)
Metodología de Evaluación	Explotación de DAH e Informe de resultados por parte de SSII.
Peso	12.5% DEL PESO TOTAL
Límite Superior (Óptimo) / Límite Inferior	80%/60%

Indicador 2. SEGURIDAD DEL PACIENTE CP 2021

Objetivo	1 Impulsar la gestión de incidentes y eventos adversos, el análisis de lo ocurrido y aprendizaje.
Indicador	Se potencia la gestión de riesgos e incidentes notificados y la implantación de acciones de mejora
Tipo Indicador	Cuantitativo
Periodicidad	Semestral (30 de junio y 31 de diciembre)
Fórmula	(Número de riesgos e incidentes analizados (resueltos o con acciones de mejora) / Nº Total de riesgos e incidentes notificados) *100
Cumplimiento	>40%
Fuente:	Sistema de Notificación Autonómico: Sistema de Notificación propio: La Unidad deberá remitir un Informe semestral (que contenga el número de notificaciones realizadas, número de incidentes analizados (resueltos y/o con acciones de mejora) y relación de acciones de mejora implantadas tras el análisis.
PESO	12.5%

Objetivo	2 Desarrollar actuaciones para concienciar a pacientes y ciudadanía sobre prevención de riesgos.
Indicador	Desarrollo de actividades para concienciar a pacientes y ciudadanía en SP
Tipo Indicador	Cualitativo
Periodicidad	Anual
Fórmula	Memoria de actividades
Cumplimiento	Si/No
Fuente:	Informe de la unidad
PESO	12.5%

Indicador 3	Cumplimentación del Listado de Verificación quirúrgica
Fórmula/ Criterio de Cumplimiento	$(n^{\circ}$ 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 SSII e informe con el resultado obtenido
Peso	25% del peso total
Límite Superior (Óptimo) / Límite Inferior	Cumple/No cumple

4 IMPLEMENTACIÓN DEL POE DE RECOMENDACIONES IQZ

Indicador 4	IMPLEMENTACIÓN DEL POE DE RECOMENDACIONES IQZ
Fórmula/Criterio de Cumplimiento	Criterio de cumplimiento: implantación del POE
Fuente	UGC (informe de actuaciones realizadas)
Metodología de Evaluación	Auditoría documental. VBº D
Peso	25%
Límite Superior (Óptimo) / Límite Inferior	Cumple/No cumple
Observaciones	

4.2.4.99HURS ÍNDICE SINTÉTICO DE CUIDADOS

PESO 4 PUNTOS

Indicador 1 4.2.HURS.1.4 Valoración del riesgo de caídas

Indicador 2 4.2.4.6.Seguimiento de cateteres venosos: prevención de flebitis

Indicador 3 4.2.4.5.Incrementar el porcentaje de pacientes hospitalizados con valoración del riesgo de UPP

Indicador 4 4.2.HURS.2.1% de informes de continuidad de cuidados emitidos al alta >50%

Indicador 1	Prevención de caídas en paciente hospitalizado.
Fórmula / Criterio de cumplimiento	(Episodios con más de 24 horas con riesgo de caídas en la valoración inicial a los que se les aplica una escala de valoración del riesgo de caídas / Episodios con más de 24 horas con riesgo de caídas en la valoración inicial) x100
Fuente	Estación de cuidados
Metodología de Evaluación	>=60%: 100% de los puntos <40% 0% de los puntos Los valores intermedios se evaluarán mediante función de valor
Peso	1
Lím.Superior (Óptimo) / Lím.Inferior	Limite superior>60%. Limite inferior >40%.
Observaciones	Escala de valoración MORSE en adultos / Humpty Dumpty en paciente pediátrico

Indicador 2

4.2.4.6	% de Personas con Seguimiento de Catéteres Venosos: prevención de la Flebitis
OBJETIVO	Seguimiento de Catéteres Venosos: Prevención de la Flebitis
META	>=60%
CÁLCULO	Episodios con más de 24 horas de ingreso con cuestionario realizado de retirada de catéter venoso x100/Población diana
PERIODICIDAD	Trimestral
FUENTE DE INFORMACIÓN	Historia digital de Cuidados
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	Población Diana: 75% de los episodios de más de 24 h al alta Se estima que el 75% de los episodios que permanecen ingresados más de un día requieren uso de catéter venoso
MÉTODO DE EVALUACIÓN	>=60%: 100% de los puntos. <30% 0% de los puntos. Los valores intermedios se evaluarán mediante función de valor
PESO	1

Indicador 3

4.2.4.5	% de Personas con Valoración del Riesgo de Úlceras por Presión (UPP)
OBJETIVO	Incrementar el porcentaje de pacientes hospitalizados con valoración del riesgo de UPP
META	>=60%
CÁLCULO	Episodios con más de 24 horas con riesgo de UPP en la valoración inicial a los que se les aplica una escala de valoración del riesgo de úlceras por presión (Adultos: Braden; Pediatría Braden Q, Neonatos NSRAS, Uci: COMHON)
PERIODICIDAD	Trimestral
FUENTE DE INFORMACIÓN	Historia digital de Cuidados
UNIDAD INFORMANTE	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
ACLARACIONES	Numerador: Episodios con ingreso de más de 24h con Riesgo de UPP en la Valoración Inicial a los que se les aplica una Escala de Valoración del Riesgo de Úlceras por Presión (Adultos: Braden y/o EMINA, Pediatría: Braden Q, Neonatos: NSRAS, UCI: COMHON) Población Diana: Episodios con más de 24h ingresados con Riesgo de UPP en la Valoración Inicial
MÉTODO DE EVALUACIÓN	>=60%: 100% de los puntos <40% 0% de los puntos Los valores intermedios se evaluarán mediante función de valor
PESO	1

Indicador 4	Porcentaje de proceso enfermero completo
Fórmula / Criterio de cumplimiento	(Número de pacientes con proceso enfermero completo (valoración, plan de cuidados e ICC al alta) / total de pacientes ingresados en su unidad) x100
Fuente	Estación de cuidados
Metodología de Evaluación	Explotación de los SSII e informe con el resultado obtenido
Peso	1
Lím.Superior (Óptimo) / Lím.Inferior	Lím.Superior (Óptimo) 70% / Lím.Inferior 60%
Observaciones	

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Los Objetivos Específicos representan el 40% del acuerdo. Serán establecidos por la Dirección teniendo en cuenta las líneas de trabajo de la Unidad.

E01 Mortalidad tras la resección quirúrgica del Carcinoma broncogénico

Indicador	Tasa de Mortalidad intrahospitalaria tras resección pulmonar por cáncer broncogénico
Fórmula/Criterio de cumplimiento	(nº Pacientes fallecidos en el año durante su ingreso hospitalario tras resección pulmonar por cáncer broncogénico/ Total de pacientes sometidos durante el año a resección pulmonar por cáncer broncogénico) x 100
Fuente	CMBDH
Metodología de Evaluación	Explotación del Registro e Informe del Servicio de Calidad y Documentación Clínica con el resultado obtenido.
Peso	8
Lím. Superior (Óptimo)/ Lím. Inferior	≤ 5%-6,8%
Observaciones	Mortalidad Grupo Español de Cáncer de Pulmón: 6,8%

E02 Disminuir el tiempo de espera para intervención de Cáncer de Pulmón. PLAN INTEGRAL DE CÁNCER. CÁNCER DE PULMÓN

Indicador	Demora terapéutica en pacientes con cáncer de pulmón: % pacientes intervenidos de cáncer de pulmón antes de 30 días
Fórmula/Criterio de cumplimiento	(Número de pacientes intervenidos de cáncer de pulmón antes de 30 días / Total de pacientes intervenidos de cáncer de pulmón X 100
Fuente	AGD
Metodología de Evaluación	Explotación de registro e informe del Servicio de Sistemas de Información con el resultado obtenido
Peso	8
Lím. Superior (Óptimo)/ Lím. Inferior	≥ 75%/60%
Observaciones	*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
Compartido con	UGC Neumología; Medicina Nuclear y Radiodiagnóstico

E03 Mortalidad tras la realización de Trasplante Pulmonar

Indicador 1	1 Tasa de Mortalidad en trasplante pulmonar (al año)
Fórmula/ Criterio de Cumplimiento	(Número de pacientes fallecidos tras trasplante pulmonar durante el año siguiente a la realización del trasplante/Número total de pacientes trasplantados durante el año) x 100
Fuente	CMBD
Metodología de Evaluación	Explotación del CMBD e informe con el resultado obtenido
Peso	4
Lím. Superior (Óptimo)/ Lím. Inferior	20%/25%
Observaciones	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
Indicador 2	2 Realizar ecografía transesofágica durante el trasplante de pulmón: % pacientes sometidos a trasplante de pulmón a los que se les realiza ecografía transesofágica intraoperatoria
Fórmula/ Criterio de Cumplimiento	(Número de pacientes sometidos a trasplante de pulmón a los que se les realiza ecografía transesofágica intraoperatoria x 100/ total de pacientes sometidos a trasplante de pulmón)
Fuente	DAH
Metodología de Evaluación	Explotación del SSII e informe con el resultado obtenido
Peso	4
Lím.Superior (Óptimo) / Lím.Inferior	80%/75%
Observaciones	Se contabilizará a partir del segundo semestre de 2021
Compartido con	UGC ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN

E04 Reintervenciones urgentes tras resección pulmonar en pacientes con carcinoma de pulmón

Indicador	Reintervenciones urgentes tras resección pulmonar en pacientes con carcinoma de pulmón: % reintervenciones urgentes en pacientes sometidos a resección pulmonar por cáncer broncogénico
Fórmula/Criterio de cumplimiento	(Número de reintervenciones urgentes en pacientes sometidos a resección pulmonar por cáncer broncogénico / Total de altas en pacientes sometidos a resección pulmonar por cáncer broncogénico) X 100
Fuente	CMBD.
Metodología de Evaluación	Explotación de la Fuente de Información e Informe con el resultado obtenido
Peso	8
Lím.Superior (Óptimo) / Lím.Inferior	≤ 5,5%/7,5%
Observaciones	

E05 Incrementar el índice de resolución por CMA de Simpatectomías

Indicador	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%
Fórmula/Criterio de cumplimiento	(Número de pacientes intervenidos de Simpatectomía transtoracoscópica bilateral resueltos por CMA / Total de pacientes intervenidos por Simpatectomía transtoracoscópica bilateral (CMA + Ingresos)) x 100
Fuente	CMBD
Metodología de Evaluación	Explotación del CMBD e informe con el resultado obtenido
Peso	8
Lím.Superior (Óptimo) / Lím.Inferior	≥80%/70%
Observaciones	

TABLA RESUMEN

NºCP	OBJETIVOS COMUNES	PESO
1.1.1.2	No superar el presupuesto asignado para acuerdos de consumo (capítulos II y IV sin recetas)	5
1.1.1.2HURS	Plan de eficiencia	5
1.1.1.3	No superar el presupuesto asignado para acuerdos de consumo en farmacia (capítulo IV recetas)	3
2.1.1.1	Nº de pacientes pendientes de un procedimiento sujeto a garantía de respuesta quirúrgica que superan el plazo establecido	9
2.1.1.2	Nº de pacientes pendientes de un procedimiento NO sujeto a garantía de respuesta quirúrgica que superan 365 días	6
2.1.2.1	Nº de pacientes pendientes de una primera consulta solicitada desde AP que superan 60 días para ser atendidos	2
2.1.2.2	Nº de pacientes pendientes de una primera consulta solicitada desde AH que superan 60 días para ser atendidos	4
2.3HURS	2.3HURS Relaciones con la ciudadanía: Reclamaciones	2
3.1.1.3	Factor de impacto global de las publicaciones con factor de impacto	2
4.1.1.1	Índice de utilización de las estancias hospitalarias	2
4.1.1.3	Estancia media preoperatoria en Intervenciones programadas procedentes de ingresos programados	1
4.1.2.1	Capacidad de resolución mediante cirugía mayor ambulatoria	2
4.1.4.1	% Primeras consultas sobre el total de consultas	1
4.2.1.1	Presión antibiótica global	2
4.2.1.2	% de los medicamentos biológicos prescritos en RECETAS que son biosimilares	2
4.2.1.4	Revisión de polimedicados	1
4.2.1.5	Revisión de Potenciales problemas de prescripción (RP4)	1
4.2.1.6	Prescripción por principio activo > 95%	2
4.2.4HURS	4.2.4HURS Índice Sintético de Seguridad del paciente (ISSP)	4
4.2.4.HURS99	4.2.4HURS99 ÍNDICE SINTÉTICO DE CUIDADOS	4
	TOTAL	60

Nº	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	PESO
1E	E01: Mortalidad tras la resección quirúrgica del Carcinoma broncogénico	8
2E	E02: Disminuir el tiempo de espera para intervención de Cáncer de Pulmón.	8
3E	E03: Mortalidad tras la realización de Trasplante Pulmonar	8
4E	E04: Reintervenciones urgentes tras resección pulmonar en pacientes con carcinoma de pulmón	8
5E	E05: Incrementar el índice de resolución por CMA de Simpatectomías transtoracoscópica bilateral	8
	TOTAL	40