



Servicio Andaluz de Salud

CONSEJERIA DE SALUD Y FAMILIAS

Hospital Universitario Reina Sofía

HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA

ACUERDO DE GESTIÓN CLÍNICA 2022

UGC DE CIRUGÍA TORÁCICA

ACUERDO DE GESTIÓN DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES 2022

En Córdoba, 26 de abril de 2022

Unidad Asistencial: Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar

Centro Gestor: Hospital Universitario Reina Sofía

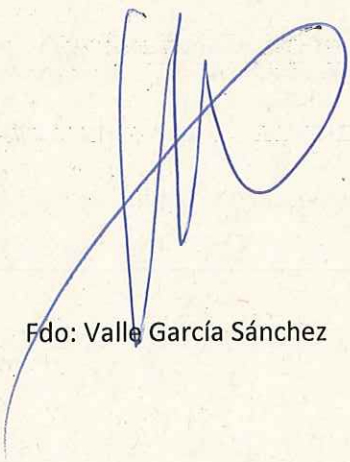
Reunidos:


De una parte la Unidad Asistencial y en su nombre y representación Don Ángel Salvatierra Velázquez en calidad de Director de la Unidad.

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

Acuerdan:

El reconocimiento de la Unidad Asistencial para el año 2022 arriba indicada, cuyos objetivos e indicadores se registran en la aplicación corporativa SIAGC y los profesionales que la componen en el módulo EXPEDIENTES de la aplicación corporativa GERHONTE.


Fdo: Valle García Sánchez


Fdo: Ángel Salvatierra Velázquez



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 estos dispondrán, así como el marco y dinámica de sus relaciones para el año 2022.

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 apueste 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 paciente.** Debe ser el centro de nuestra actuación y participar de una forma más activa en la mejora del sistema.



- **Los profesionales** como principal activo del Sistema Sanitario Público Andaluz.
- Mejora **del modelo de gestión**.
- **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 solo 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 necesidades 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.

Es por todo ello, por lo que se establecen las áreas y los objetivos sobre las que se fundamenta el Contrato Programa para 2022 y se trasladan al Acuerdo de Gestión Clínica 2022, en su bloque de Objetivos Comunes, que a continuación, se exponen. Además, el presente Acuerdo incluye una serie de Objetivos Específicos, pactados entre la Dirección y las Unidades, que se orientan también a la consecución de resultados en salud, en este caso relativos a la actividad concreta que desarrolla cada unidad. Estos Objetivos Específicos se despliegan a continuación de los Comunes.

ACLARACIÓN: El presente acuerdo tiene vigencia desde el día 01 de enero de 2.022



Unidad Asistencial

CIRUGÍA TORÁCICA Y TRASPLANTE PULMONAR

Tipo Objetivo

Común

Area

Económica

Código Objetivo

1.1.1.2

Peso Objetivo

5

Objetivo

No superar el presupuesto asignado para acuerdos de consumo (capítulos II y IV sin recetas)

Código Indicador

1.1.1.2.1

Peso del Indicador

5

Indicador

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

Cuanti-Cuali

Cuantitativo

Fórmula

NIVEL DE CUMPLIMIENTO

Fuente

Dirección General de Gestión Económica y Servicios

Metodología

Informe de resultados por parte de la Subdirección Económica Control Gestión

Signo

Ascendente

LimSup

10

LimInf

0

Meta

Periodicidad

Anual

Aclaraciones

Tipo Objetivo	<input type="text" value="Común"/>	Area	<input type="text" value="Económica"/>
Código Objetivo	<input type="text" value="1.1.1.2H"/>	Peso Objetivo	<input type="text" value="5"/>
Objetivo	<input type="text" value="1.1.1.2HURS PLAN DE EFICIENCIA"/>		
Código Indicador	<input type="text" value="1.1.1.2H.1"/>	Peso del Indicador	<input type="text" value="5"/>
Indicador	<input type="text" value="ELABORACION Y CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE EFICIENCIA CAPITULO II Y IV"/>		
Cuanti-Cuali	<input type="text" value="Cuantitativo"/>		
Fórmula	<input type="text" value="NIVEL DE CALIDAD Y GRADO DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE EFICIENCIA"/>		
Fuente	<input type="text" value="Subdirección Económica Control de Gestión"/>		
Metodología	<input type="text" value="Informe de resultados por parte de la Subdirección Económica Control Gestión"/>		
Signo	<input type="text" value="Ascendente"/>		
LimSup	<input type="text" value="10"/>	LimInf	<input type="text" value="0"/>
Periodicidad	<input type="text" value="Anual"/>		
Aclaraciones	<input type="text"/>		

Tipo Objetivo	Común	Area	Económica
Código Objetivo	1.1.1.3	Peso Objetivo	3
Objetivo	No superar el presupuesto asignado para el consumo en farmacia (capítulo IV recetas)		
Código Indicador	1.1.1.3.1	Peso del Indicador	3
Indicador	Grado de cumplimiento del presupuesto asignado para acuerdos de consumo en farmacia (capítulo IV recetas)		
Cuanti-Cuali	Cualitativo		
Fórmula	Desviación porcentual de los importes de consumo del Órgano Gestor respecto al presupuesto asignado en los Acuerdos de Consumo		
Fuente	FARMA		
Metodología	Informe UGC		
Signo			
LimSup		LimInf	
		Meta	<=100%
Periodicidad			
Aclaraciones	El período de evaluación será de enero a diciembre de 2022		

Tipo Objetivo	Común	Area	Ciudadanía
Código Objetivo	2.1.1.1	Peso Objetivo	9
Objetivo	La UGC garantizará que ningún paciente pendiente de un procedimiento sujeto a garantía de respuesta quirúrgica supere el plazo establecido siempre que conserve dicha garantía		
Código Indicador	2.1.1.1.1	Peso del Indicador	9
Indicador	La UGC garantizará que ningún paciente pendiente de un procedimiento sujeto a garantía de respuesta quirúrgica supere el plazo establecido en su caso		
Cuanti-Cuali	Cuantitativo		
Fórmula	0 Pacientes fuera de plazo último día del año: 100% puntos		
Fuente	AGD		
Metodología	0 pacientes pendientes con procedimientos garantizados fuera de plazo el último día del año: 100% de los puntos Los centros que superen el 5% de intervenciones en situación de "transitoriamente no programables" serán incluidos en el plan de auditorías		
Signo	Ascendente		
LimSup	10	LimInf	0 Meta META = 0
Periodicidad	Anual		
Aclaraciones	<p>0 pacientes pendientes con procedimientos garantizados fuera de plazo el último día del año: 100% de los puntos</p> <p>En el resto de los casos se sumarán los siguientes porcentajes:</p> <p>1) si el número de pacientes pendientes con procedimientos garantizados fuera de plazo el último día del año es \leq medida del número de pacientes pendientes con procedimientos garantizados fuera de plazo el último día de los dos años anteriores: 30% de los puntos.</p> <p>2) Si el número de entradas totales (indicaciones) del 2º semestre es \leq media del número de entradas del 2º semestre de los dos últimos años: 30% de los puntos.</p>		

Tipo Objetivo	Común	Area	Ciudadanía
Código Objetivo	2.1.1.2	Peso Objetivo	6
Objetivo	La UGC garantizará que ningún paciente pendiente de un procedimiento no sujeto a garantía de respuesta quirúrgica o que la haya perdido supere el plazo de 365 días		
Código Indicador	2.1.1.2.1	Peso del Indicador	6
Indicador	N.º de pacientes pendientes de un procedimiento NO sujeto a garantía de respuesta quirúrgica, o que la hayan perdido, que superan los 365 días		
Cuanti-Cuali	Cuantitativo		
Fórmula	0 Pacientes fuera de plazo último día del año: 100% puntos		
Fuente	AGD		
Metodología	0 pacientes pendientes con procedimientos NO garantizados > 365 días el último día del año: 100% de los puntos.		
Signo	Ascendente		
LimSup	10	LimInf	0 Meta META=0
Periodicidad	Anual		
Aclaraciones	<p>0 pacientes pendientes con procedimientos NO garantizados > 365 días el último día del año: 100% de los puntos.</p> <p>En el resto de los casos se sumarán los siguientes porcentajes:</p> <p>1) si el número de pacientes pendientes con procedimientos NO GARANTIZADOS y con más de 365 días el último día del año es <= medida del número de pacientes con procedimientos NO GARANTIZADOS y con más de 365 días el último día de los dos años anteriores: 25% de los puntos</p> <p>2) Si el número de entradas totales (indicaciones) del 2º semestre es <= media del número de entradas del 2º semestre de los dos últimos años: 25% de los puntos</p>		

Tipo Objetivo	Común	Area	Ciudadanía
Código Objetivo	2.1.2.1	Peso Objetivo	2
Objetivo	La UGC garantizará que ningún paciente pendiente de una primera consulta solicitada desde AP supere el plazo de 60 días para ser atendido		
Código Indicador	2.1.2.1.1	Peso del Indicador	2
Indicador	N.º de pacientes pendientes de una primera consulta solicitada desde AP que superan 60 días para ser atendidos		
Cuanti-Cuali	Cuantitativo		
Fórmula	0 pacientes pendientes fuera de plazo para una primera consulta procedente de AP: 100% de los puntos		
Fuente	Modulo Citación		
Metodología	0 pacientes pendientes fuera de plazo: 100% de los puntos Se contabilizarán las solicitudes de primeras consultas con cita y sin cita de tod		
Signo	Ascendente		
LimSup	10	LimInf	0 Meta META = 0
Periodicidad	Anual		
Aclaraciones	0 pacientes pendientes fuera de plazo para una primera consulta procedente de AP: 100% de los puntos En el resto de los casos se aplicará el siguiente criterio: -Si el número de pacientes pendientes con demora mayor de 60 días en consultas procedentes de AP el último día del año es <= media del número de pacientes pendientes con demora mayor de 60 días en consultas procedentes de AP el último día de los dos años anteriores: 50% de los puntos - Si el número de pacientes pendientes con demora mayor de 60 días en consultas procedentes de AP el último día del año es > media del número de pacientes pendientes con demora mayor de 60 días en consultas procedentes de AP el último día de los dos años anteriores: 0% de los puntos		

Tipo Objetivo	Común	Area	Ciudadanía
Código Objetivo	2.1.2.2	Peso Objetivo	4
Objetivo	La UGC garantizará que ningún paciente pendiente de una primera consulta solicitada desde AH supere el plazo de 60 días para ser atendido		
Código Indicador	2.1.2.2.1	Peso del Indicador	4
Indicador	N.º de pacientes pendientes de una primera consulta solicitada desde AH que superan 60 días para ser atendidos		
Cuanti-Cuali	Cuantitativo		
Fórmula	0 pacientes pendientes fuera de plazo para una primera consulta procedente de AH: 100% de los puntos		
Fuente	Modulo Citación		
Metodología	0 pacientes pendientes fuera de plazo: 100% puntos Se contabilizarán las solicitudes de primeras consultas con cita y sin cit		
Signo	Ascendente		
LimSup	10	LimInf	0
		Meta	META = 0
Periodicidad	Anual		
Aclaraciones	0 pacientes pendientes fuera de plazo para una primera consulta procedente de AH: 100% de los puntos En el resto de los casos se aplicará el siguiente criterio: -Si el número de pacientes pendientes con demora mayor de 60 días en consultas procedentes de AH el último día del año es <= media del número de pacientes con demora mayor de 60 días el último día de los dos años anteriores: 50% de los puntos - Si el número de pacientes pendientes con demora mayor de 60 días en consultas procedentes de AH el último día del año > media del número de pacientes pendientes con demora mayor de 60 días en consultas procedentes de AH el último día de los dos años anteriores: 0% de los puntos		

Tipo Objetivo	Común	Area	Ciudadanía
Código Objetivo	2.3H	Peso Objetivo	2
Objetivo	Relaciones con la ciudadanía		
Código Indicador	2.3H.1	Peso del Indicador	1
Indicador	Análisis de las reclamaciones		
Cuanti-Cuali	Cualitativo		
Fórmula	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	Auditoría Documental (Informe UGC)		
Signo			
LimSup		LimInf	
Periodicidad			
Aclaraciones			

Tipo Objetivo	<input type="text" value="Común"/>	Area	<input type="text" value="Ciudadanía"/>
Código Objetivo	<input type="text" value="2.3H"/>	Peso Objetivo	<input type="text" value="2"/>
Objetivo	<input type="text" value="Relaciones con la ciudadanía"/>		
Código Indicador	<input type="text" value="2.3H.2"/>	Peso del Indicador	<input type="text" value="1"/>
Indicador	<input type="text" value="Tiempo medio de respuesta entre 7-10 días"/>		
Cuanti-Cuali	<input type="text" value="Cuantitativo"/>		
Fórmula	<input type="text" value="Tiempo medio de respuesta de reclamaciones"/>		
Fuente	<input type="text" value="APLICACION RESUELVE"/>		
Metodología	<input type="text" value="Estadísticas de la aplicación Resuelve. Visto Bueno por parte de Dirección"/>		
Signo	<input type="text" value="Descendente"/>		
LimSup	<input type="text" value="7"/>	LimInf	<input type="text" value="10"/>
		Meta	<input type="text"/>
Periodicidad	<input type="text" value="Anual"/>		
Aclaraciones	<input type="text"/>		

Tipo Objetivo	Común	Area	Conocimiento
Código Objetivo	3.1.1.3	Peso Objetivo	2
Objetivo	Incrementar el factor de impacto global de las publicaciones con factor de impacto		
Código Indicador	3.1.1.3.1	Peso del Indicador	2
Indicador	Factor de impacto global de las publicaciones con factor de impacto. META IMIBIC 2022 =18		
Cuanti-Cuali	Cualitativo		
Fórmula	Sumatorio del factor de impacto de las publicaciones realizadas en el año		
Fuente	IMPACTIA		
Metodología	<p>>= media de los 3 últimos años: 100% puntos</p> <p><= media de los 3 últimos años /2: 0% puntos</p> <p>El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor</p>		
Signo	Cumple/No cumple		
LimSup		LimInf	Meta 18(Media 3 ult.Años)
Periodicidad	Anual		
Aclaraciones	La meta ha cambiado CP22 pero cada unidad tiene una distinta		

Tipo Objetivo	Común	Area	Conocimiento
Código Objetivo	3.1.1.3H	Peso Objetivo	1
Objetivo	Planificar e implementar un itinerario formativo en I+D+i para la Unidad, contando con el apoyo del HURS y el IMIBIC		
Código Indicador	3.1.1.3H.2	Peso del Indicador	1
Indicador	Organizar al menos un curso de este nuevo itinerario en el quirófano experimental del IMIBIC		
Cuanti-Cuali	Cualitativo		
Fórmula	Organizar al menos un curso de este itinerario en el quirófano experimental del IMIBIC		
Fuente	IMIBIC		
Metodología	1 curso de itinerario formativo de investigación en quirófano experimental del IMIBIC		
Signo			
LimSup		LimInf	
		Meta	≥ 1
Periodicidad	Anual		
Aclaraciones	OBJETIVO NUEVO		

Tipo Objetivo	Común	Area	Proceso Asistencial
Código Objetivo	4.1.1.1	Peso Objetivo	2
Objetivo	Uso adecuado de las estancias hospitalarias en función de la casuística atendida.		
Código Indicador	4.1.1.1.1	Peso del Indicador	2
Indicador	Límite inferior del IC del Índice de utilización de las estancias hospitalarias		
Cuanti-Cuali	Cualitativo		
Fórmula	IUE (Índice Utilización de Estancias): Compara el consumo real de estancias del hospital con el esperado para la casuística que ha tratado. $IUE = EM \text{ observada} / EM \text{ esperada}$ EME (Estancia Media Esperada)		
Fuente	CMBD HOSPITALIZACION		
Metodología	<= 1: 100% de los puntos >1=% de los puntos		
Signo			
LimSup		LimInf	Meta Lim Inf IC IUE <=1
Periodicidad	Trimestral		
Aclaraciones	Los SSCC enviarán los Estándares trimestrales de los GDR-APR del conjunto de los hospitales para el cálculo de los IUE		

Tipo Objetivo	Común	Area	Proceso Asistencial
Código Objetivo	4.1.1.3	Peso Objetivo	1
Objetivo	Disminuir la estancia media preoperatoria en intervenciones programadas procedentes de ingresos programados (EMPO)		
Código Indicador	4.1.1.3.1	Peso del Indicador	1
Indicador	Estancia media preoperatoria en Intervenciones programadas procedentes de ingresos programados <= 12 horas		
Cuanti-Cuali	Cuantitativo		
Fórmula	Media en horas que transcurren entre el ingreso y el primer procedimiento quirúrgico mayor programado en los episodios con un ingreso programado		
Fuente	CMBD HOSPITALIZACION		
Metodología	<= 12 horas: 100% de los puntos >= 15 horas: 0% de los puntos . El intervalo comprendido entre los dos limites anteriores se evaluara mediante una función de valor		
Signo	Descendente		
LimSup	12	LimInf	15
		Meta	<=12 horas
Periodicidad	Anual		
Aclaraciones	Se computa únicamente para procedimientos mayores		

Tipo Objetivo	Común	Area	Proceso Asistencial
Código Objetivo	4.1.4.1	Peso Objetivo	1
Objetivo	Disminuir el porcentaje de primeras consultas sobre el total de consultas		
Código Indicador	4.1.4.1.1	Peso del Indicador	1
Indicador	% Primeras consultas sobre el total de consultas		
Cuanti-Cuali	Cuantitativo		
Fórmula	<i>(Primeras consultas procedentes de AP + Interconsultas de otra especialidad) x100/total de consultas. Se incluyen las consultas presenciales y virtuales (tele-consulta y telefónicas)</i>		
Fuente	Módulo Citación		
Metodología	>=30%: 100% puntos <=25%: 0% puntos El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor		
Signo	Ascendente		
LimSup	30	LimInf	25
Periodicidad	Anual		
Aclaraciones	Se incluyen las consultas presenciales y virtuales (tele-consulta y telefónicas)		

Tipo Objetivo	Común	Area	Proceso Asistencial
Código Objetivo	4.2.1.1	Peso Objetivo	2
Objetivo	Mantener la presión antibiótica global		
Código Indicador	4.2.1.1.1	Peso del Indicador	2
Indicador	Mantener la presión antibiótica global de la UGC con respecto al consumo de DDDs de 2021		
Cuanti-Cuali	Cuantitativo		
Fórmula	$\frac{(\text{DDD total antibióticos J01} \times 1000 \text{ estancia interanual 2022}) - (\text{DDD total antibióticos J01} \times 1000 \text{ estancias interanual 2021})}{\text{DDD total antibióticos J01} \times 1000 \text{ estancias interanual 2021}}$		
Fuente	PIRASOA		
Metodología	Límite superior: desviación de una 0% (mantener cifras de consumo). Límite inferior: desviación 5%. Entre los dos límites se aplicará una función de valor.		
Signo	Descendente		
LimSup	0	LimInf	5
Periodicidad	Anual		
Aclaraciones	Para la evaluación del indicador se utilizara el interanual de enero a diciembre 2022. Los cálculos se harán en función del tipo de hospital		

Tipo Objetivo	Común	Area	Proceso Asistencial
Código Objetivo	4.2.1.2	Peso Objetivo	2
Objetivo	Aumentar el porcentaje de utilización de los medicamentos biosimilares de aquellos medicamentos biológicos que tengan biosimilares (receta)		
Código Indicador	4.2.1.2.1	Peso del Indicador	2
Indicador	% de los medicamentos biológicos prescritos mediante receta que son biosimilares RECETAS >=60%		
Cuanti-Cuali	Cuantitativo		
Fórmula	$(\text{DDD biosimilares dispensados en recetas} * 100) / \text{DDD medicamentos biológicos que tengan biosimilares dispensados en recetas}$		
Fuente	FARMA		
Metodología	>=60%: 100% puntos <60% pero mayor que el año anterior: Se asignará un máximo del 50% de los puntos mediante una fórmula de proporcionalidad lineal (50% al centro con mayor valor y el 10% al de valor más bajo) <60% y menos que al año anterior: 0% puntos		
Signo			
LimSup	60	LimInf	10
		Meta	>= 60%
Periodicidad	Anual		
Aclaraciones	Período de enero a Diciembre de 2022		

Tipo Objetivo	Común	Area	Proceso Asistencial
Código Objetivo	4.2.1.4	Peso Objetivo	2
Objetivo	Revisar las prescripciones de los pacientes polimedificados con ≥ 10 prescripciones activas las cuales tengan una duración de tratamiento superior o igual a 180 días		
Código Indicador	4.2.1.4.1	Peso del Indicador	2
Indicador	Ratio de prescripciones activas por paciente polimedificados		
Cuanti-Cuali	Cuantitativo		
Fórmula	$\frac{(\text{Prescripciones activas por pacientes polimedificados a 31 de diciembre 2021} - \text{Prescripciones activas por pacientes polimedificados a 31 de diciembre 2022}) * 100}{\text{Prescripciones activas por pacientes polimedificados a 31 de diciembre 2021}}$		
Fuente	FARMA		
Metodología	$\geq 10\%$: 100% de los puntos $< 5\%$: 0% de los puntos El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor		
Signo	Ascendente		
LimSup	10	LimInf	5
		Meta	$\geq 10\%$
Periodicidad	Anual		
Aclaraciones	Se consideran solamente las prescripciones realizadas mediante receta electrónica Paciente polimedificado es aquel que tiene 10 o más prescripciones activas de medicamentos con una duración de tratamiento superior o igual a 180 días		

Tipo Objetivo	Común	Area	Proceso Asistencial
Código Objetivo	4.2.1.6	Peso Objetivo	3
Objetivo	Promover la prescripción por principio activo		
Código Indicador	4.2.1.6.1	Peso del Indicador	3
Indicador	Porcentaje de prescripción por principio activo >=95%		
Cuanti-Cuali	Cuantitativo		
Fórmula	$\frac{\text{N.º de recetas prescritas por principio activo de medicamentos sustituibles excepto inyectables} \times 100}{\text{nº total de recetas prescritas de medicamentos sustituibles excepto inyectables}}$		
Fuente	FARMA		
Metodología	>= 95%: 100% de los puntos < 92 %: 0% Los valores intermedios se calcularan con una función de valor		
Signo	Ascendente		
LimSup	95	LimInf	92
		Meta	>= 95%
Periodicidad	Anual		
Aclaraciones	Período de enero a diciembre 2022		

Tipo Objetivo	Común	Area	Proceso Asistencial
Código Objetivo	4.2.4.5	Peso Objetivo	1
Objetivo	Incrementar el porcentaje de pacientes hospitalizados con valoración del Riesgo de Ulceras por Presión(UPP)		
Código Indicador	4.2.4.5.1	Peso del Indicador	1
Indicador	% de Personas con Valoración del Riesgo de Ulceras por Presión (UPP) >=60%		
Cuanti-Cuali	Cuantitativo		
Fórmula	Episodios con mas de 24h con riesgo de UPP en la valoración inicial a los que se les aplica una escala de valoración del riesgo UPP *100/Episodios con más de 24h ingresados con riesgo UPP en la valoración inicial		
Fuente	Historia digital de Cuidados		
Metodología	>= 60%: 100% de los puntos <= 40%: 0% de los puntos. Los valores intermedios se evaluaran mediante función de valor		
Signo	Ascendente		
LimSup	60	LimInf	40
		Meta	>=60%
Periodicidad	Anual		
Aclaraciones	Escalas a utilizar (Adultos: Braden. Pediatría Braden Q, Neonatos NSRAS, Uci: COMHON) Población Diana: Episodios con más de 24h ingresados con riesgo UPP en la Valoración Inicial		

Tipo Objetivo	Común	Area	Proceso Asistencial
Código Objetivo	4.2.4.6	Peso Objetivo	1
Objetivo	Seguimiento de Catéteres Venosos: Prevención de la Flebitis		
Código Indicador	4.2.4.6.1	Peso del Indicador	1
Indicador	% de Personas con Seguimiento de Catéteres Venosos: prevención de la Flebitis		
Cuanti-Cuali	Cuantitativo		
Fórmula	Episodios con mas de 24h de ingreso con cuestionario realizado de retirada de catéter venoso x100/Población Diana(75% de los episodios de mas de 24 h al alta)		
Fuente	Historia digital de Cuidados		
Metodología	>=50%: 100% de los puntos <=25%: 0% de los puntos Los valores intermedios se evaluaran mediante función de valor		
Signo	Ascendente		
LimSup	50	LimInf	25
		Meta	>= 50%
Periodicidad	Anual		
Aclaraciones	Población Diana: 75% de los episodios de mas de 24 h al alta ya que se estima que el 75% de los episodios que permanecen ingresados más de 1 día requieren uso de catéter venoso		

Tipo Objetivo	Común	Area	Proceso Asistencial
Código Objetivo	4.2.4.7	Peso Objetivo	0,5
Objetivo	Impulsar la gestión de incidentes y eventos adversos, el análisis de lo ocurrido y aprendizaje		
Código Indicador	4.2.4.7.1	Peso del Indicador	0,5
Indicador	Porcentaje de gestión de riesgos e incidentes		
Cuanti-Cuali	Cuantitativo		
Fórmula	$(\text{Numero de riesgos e incidentes analizados y resueltos y/o con acciones de mejora}) \times 100 / \text{N.º Total de riesgos e incidentes notificados}$		
Fuente	Sistema de Notificación Autonómico o Sistema de Notificación propio		
Metodología	>= 70%: 100% de los puntos >=50% y <= 70: 50% de los puntos <50%: 0% de los puntos		
Signo	Ascendente		
LimSup	70	LimInf	50
		Meta	>=70%
Periodicidad	Semestral		
Aclaraciones	Este objetivo ha cambiado el código. El año pasado era código HURS		

Tipo Objetivo	<input type="text" value="Común"/>	Area	<input type="text" value="Proceso Asistencial"/>
Código Objetivo	<input type="text" value="4.249H"/>	Peso Objetivo	<input type="text" value="3"/>
Objetivo	<input type="text" value="ÍNDICE SINTÉTICO DE CUIDADOS"/>		
Código Indicador	<input type="text" value="4.249H.1"/>	Peso del Indicador	<input type="text" value="1"/>
Indicador	<input type="text" value="Prevención de caídas en paciente hospitalizado"/>		
Cuanti-Cuali	<input type="text" value="Cuantitativo"/>		
Fórmula	<input type="text" value="(Episodios con mas 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 mas de 24 horas con riesgo de caídas en la valoración inicial) x100"/>		
Fuente	<input type="text" value="Estación de cuidados"/>		
Metodología	<input type="text" value="Explotación de los SSII e informe con el resultado obtenido >=60%: 100% de los puntos <40% 0% de los puntos Los valores intermedios se evaluaran mediante función de valor"/>		
Signo	<input type="text" value="Ascendente"/>		
LimSup	<input type="text" value="60"/>	LimInf	<input type="text" value="40"/>
Periodicidad	<input type="text" value="Anual"/>		
Aclaraciones	<input type="text"/>		

Tipo Objetivo	<input type="text" value="Común"/>	Area	<input type="text" value="Proceso Asistencial"/>
Código Objetivo	<input type="text" value="4.249H"/>	Peso Objetivo	<input type="text" value="3"/>
Objetivo	<input type="text" value="ÍNDICE SINTÉTICO DE CUIDADOS"/>		
Código Indicador	<input type="text" value="4.249H.2"/>	Peso del Indicador	<input type="text" value="1"/>
Indicador	<input type="text" value="Registro Enfermero completo (valoración, PC e ICC al alta.)"/>		
Cuanti-Cuali	<input type="text" value="Cuantitativo"/>		
Fórmula	<input type="text" value="Numero de pacientes con proceso enfermero completo (valoración, plan de cuidados e ICC al alta) / total de pacientes ingresados en su unidad) x100"/>		
Fuente	<input type="text" value="Estación de cuidados"/>		
Metodología	<input type="text" value="Explotación de los SSII e informe con el resultado obtenido"/>		
Signo	<input type="text" value="Ascendente"/>		
LimSup	<input type="text" value="70"/>	LimInf	<input type="text" value="60"/>
Periodicidad	<input type="text" value="Anual"/>		
Aclaraciones	<input type="text"/>		

Tipo Objetivo	<input type="text" value="Común"/>	Area	<input type="text" value="Proceso Asistencial"/>
Código Objetivo	<input type="text" value="4.249H"/>	Peso Objetivo	<input type="text" value="3"/>
Objetivo	<input type="text" value="ÍNDICE SINTÉTICO DE CUIDADOS"/>		
Código Indicador	<input type="text" value="4.249H.3"/>	Peso del Indicador	<input type="text" value="0,5"/>
Indicador	<input type="text" value="Medición del dolor: Identificación del % de pacientes con valoración del dolor"/>		
Cuanti-Cuali	<input type="text" value="Cuantitativo"/>		
Fórmula	<input type="text" value="(N.º de pacientes a los que se le ha evaluado el dolor x 100/ Total de pacientes ingresados en la Unidad)"/>		
Fuente	<input type="text" value="Grafica de constantes (DAH-Estación de Cuidados)"/>		
Metodología	<input type="text" value="Explotación de DAH e Informe de resultados por parte de SSII."/>		
Signo	<input type="text" value="Ascendente"/>		
LimSup	<input type="text" value="70"/>	LimInf	<input type="text" value="50"/>
Periodicidad	<input type="text" value="Anual"/>		
Aclaraciones	<input type="text"/>		

Tipo Objetivo	<input type="text" value="Común"/>	Area	<input type="text" value="Proceso Asistencial"/>
Código Objetivo	<input type="text" value="4.249H"/>	Peso Objetivo	<input type="text" value="3"/>
Objetivo	<input type="text" value="ÍNDICE SINTÉTICO DE CUIDADOS"/>		
Código Indicador	<input type="text" value="4.249H.4"/>	Peso del Indicador	<input type="text" value="0,5"/>
Indicador	<input type="text" value="Medición del dolor: % de episodios con dolor evaluado en las primeras 24h, con dolor controlado con respecto al total"/>		
Cuanti-Cuali	<input type="text" value="Cuantitativo"/>		
Fórmula	<input type="text" value="% de episodios con dolor evaluado en las primeras 24 h, con dolor controlado con respecto al total"/>		
Fuente	<input type="text" value="Grafica de constantes (DAH-Estación de Cuidados)"/>		
Metodología	<input type="text" value="Explotación de DAH e Informe de resultados por parte de SSII."/>		
Signo	<input type="text" value="Ascendente"/>		
LimSup	<input type="text" value="80"/>	LimInf	<input type="text" value="60"/>
Periodicidad	<input type="text" value="Anual"/>		
Aclaraciones	<input type="text"/>		

Tipo Objetivo	<input type="text" value="Común"/>	Area	<input type="text" value="Proceso Asistencial"/>
Código Objetivo	<input type="text" value="4.24H1"/>	Peso Objetivo	<input type="text" value="2,5"/>
Objetivo	<input type="text" value="Índice Sintético de SEGURIDAD DEL PACIENTE"/>		
Código Indicador	<input type="text" value="4.24H1.4"/>	Peso del Indicador	<input type="text" value="1"/>
Indicador	<input type="text" value="Cumplimentación del listado de verificación pre y post-quirúrgica"/>		
Cuanti-Cuali	<input type="text" value="Cuantitativo"/>		
Fórmula	<input type="text" value="Numero de pacientes quirúrgicos con los listados de verificación prequirúrgica y postquirúrgica cumplimentados x 100/total de pacientes quirúrgicos"/>		
Fuente	<input type="text" value="DIRAYA/ DAH CUIDADOS"/>		
Metodología	<input type="text" value="Explotación de los SSII e informe con el resultado obtenido"/>		
Signo	<input type="text" value="Ascendente"/>		
LimSup	<input type="text" value="60"/>	LimInf	<input type="text" value="40"/>
Periodicidad	<input type="text" value="Anual"/>		
Aclaraciones	<input type="text"/>		

Tipo Objetivo	<input type="text" value="Común"/>	Area	<input type="text" value="Proceso Asistencial"/>
Código Objetivo	<input type="text" value="4.24H1"/>	Peso Objetivo	<input type="text" value="2,5"/>
Objetivo	<input type="text" value="Índice Sintético de SEGURIDAD DEL PACIENTE"/>		
Código Indicador	<input type="text" value="4.24H1.1"/>	Peso del Indicador	<input type="text" value="1"/>
Indicador	<input type="text" value="LISTADO DE VERIFICACION QUIRURGICA (%Cumplimentación)"/>		
Cuanti-Cuali	<input type="text" value="Cualitativo"/>		
Fórmula	<input type="text" value="(nº de pacientes intervenidos en cirugía programada a los que se ha aplicado la lista de verificación quirúrgica*100 / total de pacientes intervenidos de cirugía programada) = 90%"/>		
Fuente	<input type="text" value="DAH"/>		
Metodología	<input type="text" value="Explotación del Sistema de información"/>		
Signo	<input type="text"/>		
LimSup	<input type="text"/>	LimInf	<input type="text"/>
		Meta	<input type="text" value=">90%"/>
Periodicidad	<input type="text"/>		
Aclaraciones	<input type="text"/>		

Tipo Objetivo	<input type="text" value="Común"/>	Area	<input type="text" value="Proceso Asistencial"/>
Código Objetivo	<input type="text" value="4.24H1"/>	Peso Objetivo	<input type="text" value="2,5"/>
Objetivo	<input type="text" value="Índice Sintético de SEGURIDAD DEL PACIENTE"/>		
Código Indicador	<input type="text" value="4.24H1.2"/>	Peso del Indicador	<input type="text" value="0,5"/>
Indicador	<input type="text" value="Seguridad del paciente: 2 Desarrollar actuaciones para concienciar a pacientes y ciudadanía sobre prevención de riesgos."/>		
Cuanti-Cuali	<input type="text" value="Cualitativo"/>		
Fórmula	<input type="text" value="Memoria de actividades"/>		
Fuente	<input type="text" value="UGC"/>		
Metodología	<input type="text" value="Informe de la Unidad. Vº.Bº de la Dirección"/>		
Signo	<input type="text"/>		
LimSup	<input type="text"/>	LimInf	<input type="text"/>
Periodicidad	<input type="text"/>		
Aclaraciones	<input type="text"/>		

Tipo Objetivo	<i>Específico</i>	Area	<i>Proceso Asistencial</i>
Código Objetivo	<i>4.1E</i>	Peso Objetivo	<i>8</i>
Objetivo	<i>Mortalidad tras la resección quirúrgica del Carcinoma broncogénico</i>		
Código Indicador	<i>4.1E.1</i>	Peso del Indicador	<i>8</i>
Indicador	<i>Tasa de Mortalidad intrahospitalaria tras resección pulmonar por cáncer broncogénico</i>		
Cuanti-Cuali	<i>Cuantitativo</i>		
Fórmula	<i>n° Pacientes fallecidos en el año durante su ingreso hospitalario tras resección pulmonar por cáncer broncogenico/ Total de pacientes sometidos durante el año a resección pulmonar por cáncer broncogenico) x 100</i>		
Fuente	<i>CMBDH</i>		
Metodología	<i>Explotación del Registro e Informe del Servicio de Calidad y Documentación Clínica con el resultado obtenido.</i>		
Signo	<i>Descendente</i>		
LimSup	<i>5</i>	LimInf	<i>6,8</i> Meta <i></i>
Periodicidad	<i>Anual</i>		
Aclaraciones			

Tipo Objetivo	<i>Específico</i>	Area	<i>Proceso Asistencial</i>
Código Objetivo	<i>4.2E</i>	Peso Objetivo	<i>8</i>
Objetivo	<i>Disminuir el tiempo de espera para intervención de Cáncer de Pulmón. PLAN INTEGRAL DE CANCER. CANCER DE PULMON</i>		
Código Indicador	<i>4.2E.1</i>	Peso del Indicador	<i>8</i>
Indicador	<i>Demora terapéutica en pacientes con cáncer de pulmón: % pacientes intervenidos de cáncer de pulmón antes de 30 días</i>		
Cuanti-Cuali	<i>Cuantitativo</i>		
Fórmula	<i>(Numero de pacientes intervenidos de cáncer de pulmón antes de 30 días / Total de pacientes intervenidos de cáncer de pulmón X 100</i>		
Fuente	<i>AGD</i>		
Metodología	<i>Explotación de registro e informe del Servicio de Sistemas de Información con el resultado obtenido</i>		
Signo	<i>Ascendente</i>		
LimSup	<i>75</i>	LimInf	<i>60</i> Meta <i></i>
Periodicidad	<i>Anual</i>		
Aclaraciones	<i>Aportar registro de desprogramaciones relacionadas con causas organizativas del hospital en patología oncológica</i>		

Tipo Objetivo	<i>Específico</i>	Area	<i>Proceso Asistencial</i>
Código Objetivo	<i>4.3E</i>	Peso Objetivo	<i>8</i>
Objetivo	<i>Mortalidad tras la realización de Trasplante Pulmonar</i>		
Código Indicador	<i>4.3E.1</i>	Peso del Indicador	<i>4</i>
Indicador	<i>1 Tasa de Mortalidad en trasplante pulmonar (al año)</i>		
Cuanti-Cuali	<i>Cuantitativo</i>		
Fórmula	<i>(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</i>		
Fuente	<i>CMBD</i>		
Metodología	<i>Explotación del CMBD e informe con el resultado obtenido</i>		
Signo	<i>Descendente</i>		
LimSup	<i>20</i>	LimInf	<i>25</i>
Periodicidad	<i>Anual</i>		
Aclaraciones	<i>Sólo mortalidad hospitalaria</i>		

Tipo Objetivo	<i>Específico</i>	Area	<i>Proceso Asistencial</i>
Código Objetivo	<i>4.3E</i>	Peso Objetivo	<i>8</i>
Objetivo	<i>Mortalidad tras la realización de Trasplante Pulmonar</i>		
Código Indicador	<i>4.3E.2</i>	Peso del Indicador	<i>4</i>
Indicador	<i>2 Realizar ecografía transesofágica durante el trasplante de pulmón: % pacientes sometidos a trasplante de pulmón a los que se les realiza ecografía transesofágica intraoperatoria</i>		
Cuanti-Cuali	<i>Cuantitativo</i>		
Fórmula	<i>(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)</i>		
Fuente	<i>DAH</i>		
Metodología	<i>Informe de la UGC y VºBº de la Dirección</i>		
Signo	<i>Ascendente</i>		
LimSup	<i>80</i>	LimInf	<i>75</i> Meta <i></i>
Periodicidad	<i>Anual</i>		
Aclaraciones			

Tipo Objetivo	<i>Específico</i>	Area	<i>Proceso Asistencial</i>
Código Objetivo	<i>4.4E</i>	Peso Objetivo	<i>8</i>
Objetivo	<i>Reintervenciones urgentes tras resección pulmonar en pacientes con carcinoma de pulmón</i>		
Código Indicador	<i>4.4E.1</i>	Peso del Indicador	<i>8</i>
Indicador	<i>Reintervenciones urgentes tras resección pulmonar en pacientes con carcinoma de pulmón: % reintervenciones urgentes en pacientes sometidos a resección pulmonar por cáncer broncogénico</i>		
Cuanti-Cuali	<i>Cuantitativo</i>		
Fórmula	<i>(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</i>		
Fuente	<i>CMBD</i>		
Metodología	<i>Explotación del CMBD e informe con el resultado obtenido</i>		
Signo	<i>Descendente</i>		
LimSup	<i>5,5</i>	LimInf	<i>7,5</i> Meta <i></i>
Periodicidad	<i>Anual</i>		
Aclaraciones	<i>Pendiente de especificar códigos</i>		

Tipo Objetivo	<i>Específico</i>	Area	<i>Proceso Asistencial</i>
Código Objetivo	<i>4.5E</i>	Peso Objetivo	<i>8</i>
Objetivo	<i>Incrementar la resolución de intervenciones por CMA para la Simpatectomía transtoracoscopica bilateral</i>		
Código Indicador	<i>4.5E.1</i>	Peso del Indicador	<i>8</i>
Indicador	<i>porcentaje de pacientes susceptibles de ser intervenidos sin estancia resueltos por CMA sea igual o superior al 80%</i>		
Cuanti-Cuali	<i>Cuantitativo</i>		
Fórmula	<i>(Número de pacientes intervenidos de Simpatectomía transtoracoscopica bilateral resueltos por CMA / Total de pacientes intervenidos por Simpatectomía transtoracoscopica bilateral (CMA + Ingresos)) x 100</i>		
Fuente	<i>CMBD</i>		
Metodología	<i>Explotación del CMBD e informe con el resultado obtenido</i>		
Signo	<i>Ascendente</i>		
LimSup	<i>80</i>	LimInf	<i>70</i> Meta <i></i>
Periodicidad	<i>Anual</i>		
Aclaraciones			

Tabla Resumen Objetivos

AGC_2022

CIRUGÍA TORÁCICA Y TRASPLANTE P

Tipo Objetivo	Area	Cód. Objetivo	Objetivo	Peso Objetivo
Común				
	Económica	1.1.1.2	No superar el presupuesto asignado para acuerdos de consumo (capítulos II y IV sin recetas)	5
	Económica	1.1.1.2H	1.1.1.2HURS PLAN DE EFICIENCIA	5
	Económica	1.1.1.3	No superar el presupuesto asignado para el consumo en farmacia (capítulo IV recetas)	3
	Ciudadanía	2.1.1.1	La UGC garantizará que ningún paciente pendiente de un procedimiento sujeto a garantía de respuesta quirúrgica supere el plazo establecido siempre que conserve dicha garantía	9
	Ciudadanía	2.1.1.2	La UGC garantizará que ningún paciente pendiente de un procedimiento no sujeto a garantía de respuesta quirúrgica o que la haya perdido supere el plazo de 365 días	6
	Ciudadanía	2.1.2.1	La UGC garantizará que ningún paciente pendiente de una primera consulta solicitada desde AP supere el plazo de 60 días para ser atendido	2
	Ciudadanía	2.1.2.2	La UGC garantizará que ningún paciente pendiente de una primera consulta solicitada desde AH supere el plazo de 60 días para ser atendido	4
	Ciudadanía	2.3H	Relaciones con la ciudadanía	2
	Conocimiento	3.1.1.3	Incrementar el factor de impacto global de las publicaciones con factor de impacto	2
	Conocimiento	3.1.1.3H	Planificar e implementar un itinerario formativo en I+D+i para la Unidad, contando con el apoyo del HURS y el IMIBIC	1
	Proceso Asistencial	4.1.1.1	Uso adecuado de las estancias hospitalarias en función de la casuística atendida.	2
	Proceso Asistencial	4.1.1.3	Disminuir la estancia media preoperatoria en intervenciones programadas procedentes de ingresos programados (EMPO)	1
	Proceso Asistencial	4.1.4.1	Disminuir el porcentaje de primeras consultas sobre el total de consultas	1
	Proceso Asistencial	4.2.1.1	Mantener la presión antibiótica global	2
	Proceso Asistencial	4.2.1.2	Aumentar el porcentaje de utilización de los medicamentos biosimilares de aquellos medicamentos biológicos que tengan biosimilares (receta)	2

Tipo Objetivo	Area	Cód. Objetivo	Objetivo	Peso Objetivo
Proceso Asistencial		4.2.1.4	Revisar las prescripciones de los pacientes polimedicados con >=10 prescripciones activas las cuales tengan una duración de tratamiento superior o igual a 180 días	2
Proceso Asistencial		4.2.1.6	Promover la prescripción por principio activo	3
Proceso Asistencial		4.2.4.5	Incrementar el porcentaje de pacientes hospitalizados con valoración del Riesgo de Ulceras por Presión(UPP)	1
Proceso Asistencial		4.2.4.6	Seguimiento de Catéteres Venosos: Prevención de la Flebitis	1
Proceso Asistencial		4.2.4.7	Impulsar la gestión de incidentes y eventos adversos, el análisis de lo ocurrido y aprendizaje	0,5
Proceso Asistencial		4.249H	ÍNDICE SINTÉTICO DE CUIDADOS	3
Proceso Asistencial		4.24H1	Índice Sintético de SEGURIDAD DEL PACIENTE	2,5
Total pesos por tipo Objetivo				60
Específico				
Proceso Asistencial		4.1E	Mortalidad tras la resección quirúrgica del Carcinoma broncogénico	8
Proceso Asistencial		4.2E	Disminuir el tiempo de espera para intervención de Cáncer de Pulmón. PLAN INTEGRAL DE CANCER. CANCER DE PULMON	8
Proceso Asistencial		4.3E	Mortalidad tras la realización de Trasplante Pulmonar	8
Proceso Asistencial		4.4E	Reintervenciones urgentes tras resección pulmonar en pacientes con carcinoma de pulmón	8
Proceso Asistencial		4.5E	Incrementar la resolución de intervenciones por CMA para la Simpatectomía transtoracoscopica bilateral	8
Total pesos por tipo Objetivo				40
Total pesos				100