



Servicio Andaluz de Salud

CONSEJERIA DE SALUD Y FAMILIAS

Hospital Universitario Reina Sofía

HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA

ACUERDO DE GESTIÓN CLÍNICA 2023

UGC DE CIRUGÍA TORÁCICA Y TRASPLANTE PULMONAR



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.

Corresponde al Servicio Andaluz de Salud el ejercicio de las funciones que se especifican en el presente decreto, con sujeción a las directrices y criterios generales de la política de salud en Andalucía y, en particular, las siguientes:

- a) 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 que le corresponda en el territorio de la Comunidad Autónoma de Andalucía.
- b) La administración y gestión de las instituciones, centros y servicios sanitarios que actúan bajo su dependencia orgánica y funcional.
- c) La gestión de los recursos humanos, materiales y financieros que se le asignen para el desarrollo de sus funciones.

El desarrollo alcanzado obliga a toda la Organización sanitaria a ofrecer una respuesta eficaz para garantizar la efectividad de los derechos; para ofrecer los avances más relevantes que se vayan produciendo en materia de tecnologías e investigación y, de modo particular, prestar especial atención a los grupos de población más vulnerables que necesitan de la asistencia sanitaria.

La respuesta pasa necesariamente por la puesta en práctica de una política de transparencia informativa en la gestión de los recursos, la potenciación de nuevas fórmulas de gestión y organización, y por prestar especial atención a los profesionales como protagonistas y ejecutores de las políticas sanitarias.

El Decreto 156/2022 de 9 de agosto, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Salud y Consumo 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 a la Consejería de Salud y Consumo, en relación



con los presupuestos y el Contrato-Programa tanto del Servicio Andaluz de Salud, como de la entidad que tiene adscrita.

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 2023.

Desde la Consejería de Salud y Consumo, 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. Por tanto, no cabe duda de que una primera perspectiva en este Contrato Programa será **la accesibilidad**.

Avanzando en la búsqueda de la excelencia, una segunda perspectiva será **la humanización**. Para conseguirlo un instrumento clave es el Plan de Humanización puesto en marcha por la Consejería para y con la ciudadanía, respetando la dignidad de las personas y sus derechos, incorporando lo que realmente tiene valor para el paciente, y ofreciendo unas condiciones de trabajo adecuadas para sus profesionales. En definitiva, se trata de avanzar hacia un sistema sanitario centrado en los profesionales, los pacientes y sus familiares, es decir, centrado en las personas.

Los elementos claves que incorpora el Plan de Humanización son:

- La construcción de una cultura de trabajo humanizada, en la que el buen trato al paciente se encuentre en el centro de las actuaciones sanitarias
- La corresponsabilidad entre todas las disciplinas sanitarias en la construcción de esta cultura humanizada
- La personalización de la asistencia, adaptada a las necesidades concretas de cada individuo
- El compromiso con la calidad, concretamente con la dimensión de calidad percibida por el paciente
- La mejora de la accesibilidad a las prestaciones sanitarias de calidad

Además, el género, como determinante reconocido de la salud, se tendrá en cuenta en todos los apartados del Contrato Programa de 2023.

La tercera perspectiva que se planteará este Contrato Programa será **la eficiencia** de manera que la gestión de los profesionales asegure la sostenibilidad del sistema y la mejor utilización de los recursos disponibles. 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.

Este Contrato Programa supone un esfuerzo de síntesis y concreción de objetivos que conjugan la orientación hacia una asistencia humanizada, con la evaluación más eficiente y eficaz que



garantice la accesibilidad y se respalde en los sistemas de información sanitaria implantados en nuestro sistema sanitario.

Desde el Contrato Programa, que se inserta dentro del marco de actuaciones derivado de las líneas de desarrollo establecidas por la Consejería de Salud y Consumo para esta XII Legislatura, se seguirá apostando por una sanidad integral, más humanizada y eficiente. El modelo sanitario andaluz contempla la atención sanitaria, la promoción de la salud, la actuación preventiva y la atención asistencial sociosanitaria, y con este fin promoverá una ley de salud integral que refuerce la coordinación entre todos estos ámbitos y permita abordar de manera ágil las emergencias sanitarias y de salud pública.

Es por todo ello, por lo que se establecen las áreas y los objetivos sobre los que se fundamenta el Contrato Programa para 2023 y que se trasladan al Acuerdo de Gestión Clínica 2023, 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 1 de enero de 2023

Tabla Resumen Objetivos

AGC_2023

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	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	6
	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	5
	Ciudadanía	2.1.1.3	Incrementar el % de pacientes procedentes de la lista de espera mensual de pacientes priorizados en InfoWEB para ser intervenidos en el mes correspondiente	2
	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	3
	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	2.1.9	Reducción de la tasa de reclamaciones relacionadas por trato, actitud o falta de comunicación	1
	Ciudadanía	2.3H	Relaciones con la ciudadanía	4
	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)	2
	Proceso Asistencial	4.1.2.1	Aumentar la capacidad de resolución mediante Cirugía Mayor Ambulatoria (IR)	1
	Proceso Asistencial	4.1.3.1	Contribuir al índice de ambulatorización del HURS	1

Tipo Objetivo	Area	Cód. Objetivo	Objetivo	Peso Objetivo
	Proceso Asistencial	4.1.3.2	Aumentar el índice de utilización de quirófanos	3
	Proceso Asistencial	4.1.4.1	Aumentar el porcentaje de primeras consultas sobre el total de consultas	2
	Proceso Asistencial	4.2.1.1	Mantener la presión antibiótica global	2
	Proceso Asistencial	4.2.1.7	Mejorar la selección de los medicamentos prescritos a través de recetas	1
	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	1
	Proceso Asistencial	4.2.4.7H	Índice Sintético de SEGURIDAD DEL PACIENTE	3
	Proceso Asistencial	4.249H	ÍNDICE SINTÉTICO DE CUIDADOS	4
Total pesos por tipo Objetivo				60
Específico				
	Proceso Asistencial	4.1E	Mortalidad tras la resección quirúrgica del Carcinoma broncogénico	7
	Proceso Asistencial	4.2E	Disminuir el tiempo de espera para intervención de Cáncer de Pulmón. PLAN INTEGRAL DE CANCER. CANCER DE PULMON	7
	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	7
	Proceso Asistencial	4.5E	Incrementar la resolución de intervenciones por CMA para la Simpatectomía transtoracoscopica bilateral	7
	Proceso Asistencial	4.6E	Consolidar que todas las inclusiones se mecanicen a través de la EM	4
Total pesos por tipo Objetivo				40

Tipo Objetivo Area

Cód. Objetivo

Objetivo

Total pesos

Peso Objetivo

100

Acuerdos de Gestión Clínica 2023 **CIRUGÍA TORÁCICA Y TRASPLANTE PULMONAR**

TIPO DE OBJETIVO Común

AREA ESTRATEGICA 1 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

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

Cuanti-Cuali Cuantitativo **Signo** Ascendente

Fórmula NIVEL DE CUMPLIMIENTO

Metodología Informe de resultados por parte de la Subdirección Económica Control Gestión

Fuente Dirección General de Gestión Económica y Servicios **Periodicidad** Anual

LimSup 10 **LimInf** 0 **Meta**

Aclaraciones

Código Objetivo 1.1.1.2H **Peso Objetivo** 3

Objetivo 1.1.1.2HURS PLAN DE EFICIENCIA

Código Indicador 1.1.1.2H.1 **Peso del Indicador** 3

Indicado ELABORACION Y CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE EFICIENCIA CAPITULO II Y IV

Cuanti-Cuali Cuantitativo **Signo** Ascendente

Fórmula NIVEL DE CALIDAD Y GRADO DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE EFICIENCIA

Metodología Informe de resultados por parte de la Subdirección Económica Control Gestión

Fuente Subdirección Económica Control de Gestión **Periodicidad** Anual

LimSup 10 **LimInf** 0 **Meta**

Aclaraciones

Código Objetivo 2.1.1.1

Peso Objetivo

6

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

6

Indicado

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

Signo

Ascendente

Fórmula

0 Pacientes fuera de plazo último día del año: 100% puntos

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

Fuente

AGD

Periodicidad

Anual

LimSup

10

LimInf

0

Meta

MET

Aclaraciones

0 pacientes pendientes con procedimientos garantizados fuera de plazo el último día del año: 100% de los puntos
 En el resto de los casos se sumarán los siguientes porcentajes:
 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.
 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.

Código Objetivo 2.1.1.2 **Peso Objetivo** 5

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** 5

Indicado 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 **Signo** Ascendente

Fórmula 0 Pacientes fuera de plazo último día del año: 100% puntos

Metodología 0 pacientes pendientes con procedimientos NO garantizados > 365 días el último día del año: 100% de los puntos.

Fuente AGD **Periodicidad** Anual

LimSup 10 **LimInf** 0 **Meta** MET

Aclaraciones 0 pacientes pendientes con procedimientos NO garantizados > 365 días el último día del año: 100% de los puntos.
En el resto de los casos se sumarán los siguientes porcentajes:
1) si el número de pacientes pendientes con procedimientos NO GARANTIZADOS y con más de 365 días el último día del año es \leq 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
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: 25% de los puntos

Código Objetivo	2.1.1.3	Peso Objetivo	2
Objetivo	Incrementar el % de pacientes procedentes de la lista de espera mensual de pacientes priorizados en InfoWEB para ser intervenidos en el mes correspondiente		
Código Indicador	2.1.1.3.1	Peso del Indicador	2
Indicado	Porcentaje de pacientes procedentes de la lista mensual de pacientes quirúrgicos priorizados		
Cuanti-Cuali	Cualitativo	Signo	Cumple/No cumple
Fórmula	Porcentaje de pacientes procedentes de la lista de espera mensual priorizados en infoweb para ser intervenidos en el mes correspondiente sobre el total de pacientes procedentes de la lista de espera		
Metodología	<p>>= 80%: 100% de los puntos < 80%: 0% de los puntos Se considerará cumplido al 100% este objetivo a los hospitales que cumplan los objetivos 2.1.1.1. y 2.1.1.2. se le considerará cumplido al 100%</p>		
Fuente	AGD	Periodicidad	Anual
LimSup	80	LimInf	80
		Meta	>=80
Aclaraciones	Para conocer el cálculo de este indicador, se puede consultar dentro de la página de Infoweb el apartado: Accesibilidad/Quirúrgica/priorización de intervenciones en la pestaña definiciones.		

Código Objetivo 2.1.2.1 **Peso Objetivo** 3

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** 3

Indicado N.º de pacientes pendientes de una primera consulta solicitada desde AP que superan 60 días para ser atendidos

Cuanti-Cuali Cuantitativo **Signo** Ascendente

Fórmula 0 pacientes pendientes fuera de plazo para una primera consulta procedente de AP: 100% de los puntos

Metodología 0 pacientes pendientes fuera de plazo: 100% de los puntos Se contabilizarán las solicitudes de primeras consultas con cita y sin cita de todas las especialidades

Fuente Modulo Citación **Periodicidad** Anual

LimSup 10 **LimInf** 0 **Meta** MET

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 \leq 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

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

Indicado N.º de pacientes pendientes de una primera consulta solicitada desde AH que superan 60 días para ser atendidos

Cuanti-Cuali Cuantitativo **Signo** Ascendente

Fórmula 0 pacientes pendientes fuera de plazo para una primera consulta procedente de AH: 100% de los puntos

Metodología 0 pacientes pendientes fuera de plazo: 100% puntos
Se contabilizarán las solicitudes de primeras consultas con cita y sin cita de todas las especialidades

Fuente Modulo Citación **Periodicidad** Anual

LimSup 10 **LimInf** 0 **Meta** MET

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 \leq 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

Código Objetivo 2.1.9 **Peso Objetivo** 1

Objetivo Reducción de la tasa de reclamaciones relacionadas por trato, actitud o falta de comunicación

Código Indicador 2.1.9.1 **Peso del Indicador** 1

Indicado Reclamaciones relacionadas con la comunicación, trato, actitud

Cuanti-Cuali Cualitativo **Signo** Cumple/No cumple

Fórmula Número de reclamaciones del año a evaluar <= número de reclamaciones del año anterior

Metodología Informe de resultados (U. Calidad Percibida) Resuelve. Visto bueno por parte de Dirección médica

Fuente Unidad de Calidad Percibida **Periodicidad**

LimSup **LimInf** **Meta**

Aclaraciones N° de reclamaciones por trato en 2023 inferior al número de reclamaciones por trato en 2022

Código Objetivo 2.3H **Peso Objetivo** 4

Objetivo Relaciones con la ciudadanía

Código Indicador 2.3H.1 **Peso del Indicador** 1

Indicado Análisis de las reclamaciones

Cuanti-Cuali Cualitativo **Signo**

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, ...)

Metodología Auditoría Documental (Informe UGC)

Fuente UGC **Periodicidad**

LimSup **LimInf** **Meta**

Aclaraciones

Código Indicador	2.3H.2	Peso del Indicador	1		
Indicado	Tiempo medio de respuesta entre 5-7 días				
Cuanti-Cuali	Cuantitativo	Signo	Descendente		
Fórmula	Tiempo medio de respuesta de la Unidad (días hábiles)				
Metodología	Estadísticas de la aplicación Resuelve. Visto Bueno por parte de Dirección				
Fuente	APLICACION RESUELVE	Periodicidad	Trimestral		
LimSup	5	LimInf	7	Meta	<5
Aclaraciones					

Código Indicador	2.3H.3	Peso del Indicador	1
Indicado	Mejorar la accesibilidad de la ciudadanía a las UGC para procedimientos administrativos Subindicador 1: Elaborar procedimiento de accesibilidad a la UGC para la ciudadanía con al menos 2 sistemas disponibles		
Cuanti-Cuali	Cualitativo	Signo	Cumple/No cumple
Fórmula	Entrega de procedimiento de accesibilidad de la UGC con al menos 2 sistemas disponibles		
Metodología	Entrega de procedimiento de accesibilidad de la UGC con al menos 2 sistemas disponibles		
Fuente	Dirección UGC	Periodicidad	Anual
LimSup		LimInf	
		Meta	
Aclaraciones	Elaborar procedimiento de accesibilidad de la UGC		

Código Indicador	2.3H.4	Peso del Indicador	1
Indicado	Mejorar la accesibilidad de la ciudadanía a las UGC para procedimientos administrativos Subindicador 2: Número de intentos para contactar con la unidad por teléfono y por correo electrónico		
Cuanti-Cuali	Cualitativo	Signo	Cumple/No cumple
Fórmula	Número de intentos para contactar con la unidad por teléfono y por correo electrónico		
Metodología	Número de intentos para contactar con la unidad por teléfono y por correo electrónico		
Fuente	Comision de Humanización HURS	Periodicidad	Trimestral
LimSup		LimInf	
		Meta	
Aclaraciones	Se realizarán tres intentos de comunicación con la UGC (dos por teléfono y una por correo electrónico en distintos días de la semana) cada trimestre. Si existe tramo horario en el procedimiento de la UGC se respetarán los horarios.		

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

Indicado

Factor de impacto global de las publicaciones con factor de impacto. META IMIBIC 2023 >=10

Cuanti-Cuali

Cualitativo

Signo

Cumple/No cumple

Fórmula

Sumatorio del factor de impacto de las publicaciones realizadas en el año

Metodología

>= media de los 3 últimos años: 100% puntos

<= media de los 3 últimos años /2: 0% puntos

El intervalo comprendido entro los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor

Fuente

IMPACTIA

Periodicidad

Anual

LimSup

LimInf

Meta

>=10

Aclaraciones

La meta ha cambiado CP23 pero cada unidad tiene una distinta

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

Indicado Organizar al menos un curso de este nuevo itinerario en el quirófano experimental del IMIBIC

Cuanti-Cuali Cualitativo **Signo**

Fórmula Organizar al menos un curso de este itinerario en el quirófano experimental del IMIBIC

Metodología 1 curso de itinerario formativo de investigación en quirófano experimental del IMIBIC

Fuente IMIBIC **Periodicidad** Anual

LimSup **LimInf** **Meta** ≥ 1

Aclaraciones

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

Indicado

Límite inferior del IC del Índice de utilización de las estancias hospitalarias

Cuanti-Cuali

Cualitativo

Signo**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)

Metodología

≤ 1 : 100% de los puntos
 >1 : % de los puntos

Fuente

CMBD HOSPITALIZACION

Periodicidad

Trimestral

LimSup**LimInf****Meta****Lim I****Aclaraciones**

Los SSCC enviarán los Estándares trimestrales de los GDR-APR del conjunto de los hospitales para el cálculo de los IUE

Código Objetivo 4.1.1.3 **Peso Objetivo** 2

Objetivo Disminuir la estancia media preoperatoria en intervenciones programadas procedentes de ingresos programados (EMPO)

Código Indicador 4.1.1.3.1 **Peso del Indicador** 2

Indicado Estancia media preoperatoria en Intervenciones programadas procedentes de ingresos programados <= 12 horas

Cuanti-Cuali Cuantitativo **Signo** Descendente

Fórmula Media en horas que transcurren entre el ingreso y el primer procedimiento quirúrgico mayor programado en los episodios con un ingreso programado

Metodología <= 12 horas: 100% de los puntos
>= 14,4 horas: 0% de los puntos .
El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor

Fuente CMBD HOSPITALIZACION **Periodicidad** Anual

LimSup 12 **LimInf** 14,5 **Meta** <=12

Aclaraciones Se computa únicamente para procedimientos mayores

Código Objetivo 4.1.2.1 **Peso Objetivo** 1

Objetivo Aumentar la capacidad de resolución mediante Cirugía Mayor Ambulatoria (IR)

Código Indicador 4.1.2.1.1 **Peso del Indicador** 1

Indicado Porcentaje de resolución mediante CMA (IR)

Cuanti-Cuali Cuantitativo **Signo** Ascendente

Fórmula 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

Metodología >= 80%: 100% de los puntos
<= 70%: 0% de los puntos
El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor

Fuente CMBD HOSPITALIZACIÓN y HDQ **Periodicidad** Anual

LimSup 80 **LimInf** 70 **Meta**

Aclaraciones Este indicador mide la relación entre la actividad desarrollada en CMA y el total de actividad susceptible de este tipo de cirugía

Código Objetivo 4.1.3.1 **Peso Objetivo** 1

Objetivo Contribuir al índice de ambulatorización del HURS

Código Indicador 4.1.3.1.1 **Peso del Indicador** 1

Indicado N.º de sesiones de HDM registradas con información clínica codificada ≥ 150

Cuanti-Cuali Cuantitativo **Signo** Ascendente

Fórmula N.º de sesiones de HDM registradas con información clínica codificada 2023

Metodología
 ≥ 150 : 100% de los puntos
 ≤ 125 : 0% de los puntos
El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor

Fuente CMBD HOSPITALIZACIÓN y HDM **Periodicidad** Anual

LimSup 150 **LimInf** 125 **Meta** >150

Aclaraciones

Código Objetivo 4.1.3.2 **Peso Objetivo** 3

Objetivo Aumentar el índice de utilización de quirófanos

Código Indicador 4.1.3.2.1 **Peso del Indicador** 3

Indicado Índice de utilización de quirófanos

Cuanti-Cuali Cualitativo **Signo** Ascendente

Fórmula $\text{Tiempo de sesiones quirúrgicas} - (\text{Tiempo real} + \text{Tiempo final}) \times 100 / \text{tiempo de las sesiones quirúrgicas}$

Metodología Cumple /No cumple

Fuente Diraya **Periodicidad** Trimestral

LimSup 80 **LimInf** 80 **Meta** ≥ 80

Aclaraciones Tiempo de la sesión quirúrgica: diferencia en minutos entre la hora de inicio y fin de la sesión de quirófano. Tiempo inicial: Diferencia en minutos entre la hora de inicio de la sesión de quirófano y la hora de inicio de ocupación de la primera intervención de la sesión. Tiempo final. Diferencia en minutos entre la hora de fin de ocupación de la última intervención de la sesión y la hora de fin de la sesión. Todos los tiempos son sumatorios trimestrales del conjunto de quirófanos de la unidad. .

Código Objetivo 4.1.4.1 **Peso Objetivo** 2

Objetivo Aumentar el porcentaje de primeras consultas sobre el total de consultas

Código Indicador 4.1.4.1.1 **Peso del Indicador** 2

Indicado Porcentaje de primeras consultas sobre el total de consultas $\geq 35\%$ Se incluyen las consultas presenciales y virtuales (tele-consulta y telefónicas)

Cuanti-Cuali Cuantitativo **Signo** Ascendente

Fórmula $(\text{Primeras consultas procedentes de AP} + \text{Interconsultas de otra especialidad}) \times 100 / \text{total de consultas}$. Se incluyen las consultas presenciales y virtuales (tele-consulta y telefónicas)

Metodología $\geq 35\%$ 100% puntos
 $\leq 25\%$: 0% puntos
El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor

Fuente Módulo Citación **Periodicidad** Anual

LimSup 35 **LimInf** 25 **Meta**

Aclaraciones Aclaración: el % de primeras consultas deseado, se alcanza mediante la reducción del número de consultas sucesivas, que en concreto para el año 2023 para esta unidad serían: 38consultas

Código Objetivo	4.2.1.1	Peso Objetivo	1,5
Objetivo	Mantener la presión antibiótica global		
Código Indicador	4.2.1.1.1	Peso del Indicador	1,5
Indicado	Mantener la presión antibiótica global de la UGC con respecto al consumo de DDDs de 2022		
Cuanti-Cuali	Cuantitativo	Signo	Descendente
Fórmula	$\frac{(\text{DDD total antibióticos J01} \times 1000 \text{ estancia interanual 2023}) - (\text{DDD total antibióticos J01} \times 1000 \text{ estancias interanual 2022})}{\text{DDD total antibióticos J01} \times 1000 \text{ estancias interanual 2022}}$		
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.		
Fuente	PIRASOA	Periodicidad	Anual
LimSup	0	LimInf	5
		Meta	0
Aclaraciones	Cambia el periodo de evaluacion (Se mide entre octubre de 2022 a septiembre 2023 en lugar de enero a diciembre).		

Código Objetivo 4.2.1.2 **Peso Objetivo** 1

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** 1

Indicado % de los medicamentos biológicos prescritos mediante receta que son biosimilares
RECETAS >=70%

Cuanti-Cuali **Cuantitativo** **Signo** **Ascendente**

Fórmula $(\text{DDD biosimilares dispensados en recetas} * 100) / \text{DDD medicamentos biológicos que tengan biosimilares dispensados en recetas}$

Metodología ">=70%: 100% puntos <70% 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) <70% y menos que al año anterior: 0% puntos"

Fuente FARMA **Periodicidad** Anual

LimSup 70 **LimInf** 10 **Meta** >= 70

Aclaraciones Período de enero a Diciembre. Ha cambiado la meta

Código Objetivo 4.2.1.7 **Peso Objetivo** 0,5

Objetivo Mejorar la selección de los medicamentos prescritos a través de recetas

Código Indicador 4.2.1.7.1 **Peso del Indicador** 0,5

Indicado Índice de calidad de prescripción: Mejorar la eficiencia en la prescripción de IBPs

Cuanti-Cuali Cuantitativo **Signo** Ascendente

Fórmula
$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de DDDs de Omeprazol en 2023} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ DDDs de IBPs en 2023}}$$

Metodología >75% 100% de los puntos. <65%. 0% puntos. Los valores intermedios serán puntuados con una función de valor.

Fuente FARMA **Periodicidad** Anual

LimSup 75 **LimInf** 65 **Meta** >75%

Aclaraciones Periodo de enero a diciembre de 2023.

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

Indicado % de Personas con Valoración del Riesgo de Ulceras por Presión (UPP) >=60%

Cuanti-Cuali Cuantitativo **Signo** Ascendente

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

Metodología >= 60%: 100% de los puntos
<= 40%: 0% de los puntos.
Los valores intermedios se evaluarán mediante función de valor

Fuente Historia digital de Cuidados **Periodicidad** Anual

LimSup 60 **LimInf** 40 **Meta** >=60

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

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

Indicado % de Personas con Seguimiento de Catéteres Venosos: prevención de la Flebitis

Cuanti-Cuali Cuantitativo **Signo** Ascendente

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)

Metodología
>=50%: 100% de los puntos
<=25%: 0% de los puntos
Los valores intermedios se evaluarán mediante función de valor

Fuente Historia digital de Cuidados **Periodicidad** Anual

LimSup 50 **LimInf** 25 **Meta** >= 50

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

Código Objetivo 4.2.4.7 **Peso Objetivo** 1

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** 1

Indicado Porcentaje de gestión de riesgos e incidentes

Cuanti-Cuali Cuantitativo **Signo** Ascendente

Fórmula $(\text{Numero de riesgos e incidentes analizados y resueltos y/o con acciones de mejora}) \times 100 / \text{N.º Total de riesgos e incidentes notificados}$

Metodología
>= 70%: 100% de los puntos
>=50% y <= 70: 50% de los puntos
<50%: 0% de los puntos

Fuente Sistema de Notificación Autonómico o Sistema de Notifica **Periodicidad** Semestral

LimSup 70 **LimInf** 50 **Meta** >=70

Aclaraciones

Código Objetivo 4.2.4.7H **Peso Objetivo** 3

Objetivo Índice Sintético de SEGURIDAD DEL PACIENTE

Código Indicador 4.2.4.7H.1 **Peso del Indicador** 1

Indicado Seguridad del paciente: 2 Desarrollar actuaciones para concienciar a pacientes y ciudadanía sobre prevención de riesgos.

Cuanti-Cuali Cualitativo **Signo**

Fórmula Memoria de actividades

Metodología Informe de la Unidad. Vº.Bº de la Dirección

Fuente UGC **Periodicidad**

LimSup **LimInf** **Meta**

Aclaraciones

Código Indicador	4.2.4.7H.2	Peso del Indicador	1
Indicado	LISTADO DE VERIFICACION QUIRURGICA (%Cumplimentación)		
Cuanti-Cuali	Cualitativo	Signo	
Fórmula	$\left(\frac{\text{n}^\circ \text{ de pacientes intervenidos en cirugía programada a los que se ha aplicado la lista de verificación quirúrgica} \times 100}{\text{total de pacientes intervenidos de cirugía programada}}\right) = 90\%$		
Metodología	Explotación del Sistema de información		
Fuente	DAH	Periodicidad	
LimSup		LimInf	
		Meta	>90%
Aclaraciones			

Código Indicador	4.2.4.7H.3	Peso del Indicador	1
Indicado	Cumplimentación del listado de verificación pre y post-quirúrgica		
Cuanti-Cuali	Cuantitativo	Signo	Ascendente
Fórmula	Numero de pacientes quirúrgicos con los listados de verificación prequirúrgica y postquirúrgica cumplimentados x 100/total de pacientes quirúrgicos		
Metodología	Explotación de los SSII e informe con el resultado obtenido		
Fuente	DIRAYA/ DAH CUIDADOS	Periodicidad	Anual
LimSup	60	LimInf	40
Meta			
Aclaraciones			

Código Objetivo 4.249H **Peso Objetivo** 4

Objetivo ÍNDICE SINTÉTICO DE CUIDADOS

Código Indicador 4.249H.1 **Peso del Indicador** 1

Indicado Prevención de caídas en paciente hospitalizado

Cuanti-Cuali Cuantitativo **Signo** Ascendente

Fórmula (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

Metodología Explotación de los SSII e informe con el resultado obtenido $\geq 60\%$: 100% de los puntos $< 40\%$ 0% de los puntos Los valores intermedios se evaluarán mediante función de valor

Fuente Estación de cuidados **Periodicidad** Anual

LimSup 60 **LimInf** 40 **Meta**

Aclaraciones

Código Indicador	4.249H.2	Peso del Indicador	1
Indicado	Registro Enfermero completo (valoración, PC e ICC al alta.		
Cuanti-Cuali	Cuantitativo	Signo	Ascendente
Fórmula	Numero de pacientes con proceso enfermero completo (valoración, plan de cuidados e ICC al alta) / total de pacientes ingresados en su unidad) x100		
Metodología	Explotación de los SSII e informe con el resultado obtenido		
Fuente	Estación de cuidados	Periodicidad	Anual
LimSup	70	LimInf	60
Meta			
Aclaraciones			

Código Indicador	4.249H.3	Peso del Indicador	1
Indicado	Medición del dolor: Identificación del % de pacientes con valoración del dolor		
Cuanti-Cuali	Cuantitativo	Signo	Ascendente
Fórmula	(N.º de pacientes a los que se le ha evaluado el dolor x 100/ Total de pacientes ingresados en la Unidad)		
Metodología	Explotación de DAH e Informe de resultados por parte de SSII.		
Fuente	Grafica de constantes (DAH-Estación de Cuidados)	Periodicidad	Anual
LimSup	70	LimInf	50
Meta			
Aclaraciones			

Código Indicador	4.249H.4	Peso del Indicador	1
Indicado	Medición del dolor: % de episodios con dolor evaluado en las primeras 24h, con dolor controlado con respecto al total		
Cuanti-Cuali	Cuantitativo	Signo	Ascendente
Fórmula	% de episodios con dolor evaluado en las primeras 24 h, con dolor controlado con respecto al total		
Metodología	Explotación de DAH e Informe de resultados por parte de SSII.		
Fuente	Grafica de constantes (DAH-Estación de Cuidados)	Periodicidad	Anual
LimSup	80	LimInf	60
Meta			
Aclaraciones			

Suma total Común

Suma 60

TIPO DE OBJETIVO

AREA ESTRATEGICA

Código Objetivo **Peso Objetivo**

Objetivo

Código Indicador **Peso del Indicador**

Indicado

Cuanti-Cuali **Signo**

Fórmula

Metodología

Fuente **Periodicidad**

LimSup **LimInf** **Meta**

Aclaraciones

Código Objetivo 4.2E **Peso Objetivo** 7

Objetivo Disminuir el tiempo de espera para intervención de Cáncer de Pulmón. PLAN INTEGRAL DE CANCER. CANCER DE PULMON

Código Indicador 4.2E.1 **Peso del Indicador** 7

Indicado Demora terapéutica en pacientes con cáncer de pulmón: % pacientes intervenidos de cáncer de pulmón antes de 30 días

Cuanti-Cuali Cuantitativo **Signo** Ascendente

Fórmula $(\text{Numero de pacientes intervenidos de cáncer de pulmón antes de 30 días} / \text{Total de pacientes intervenidos de cáncer de pulmón}) \times 100$

Metodología Explotación de registro e informe del Servicio de Sistemas de Información con el resultado obtenido

Fuente AGD **Periodicidad** Anual

LimSup 75 **LimInf** 60 **Meta**

Aclaraciones Aportar registro de desprogramaciones relacionadas con causas organizativas del hospital en patología oncológica

Código Objetivo 4.3E **Peso Objetivo** 8

Objetivo Mortalidad tras la realización de Trasplante Pulmonar

Código Indicador 4.3E.1 **Peso del Indicador** 4

Indicado 1 Tasa de Mortalidad en trasplante pulmonar (a los 30 días)

Cuanti-Cuali Cuantitativo **Signo** Descendente

Fórmula $(\text{Número de pacientes fallecidos tras trasplante pulmonar (a los 30 días) durante el año siguiente a la realización del trasplante} / \text{Número total de pacientes trasplantados durante el año}) \times 100$

Metodología Explotación del CMBD e informe con el resultado obtenido

Fuente CMBD **Periodicidad** Anual

LimSup 20 **LimInf** 25 **Meta**

Aclaraciones Sólo mortalidad hospitalaria

Código Indicador	4.3E.2	Peso del Indicador	4
Indicado	2 Realizar ecografía transesofágica durante el trasplante de pulmón: % pacientes sometidos a trasplante de pulmón a los que se les realiza ecografía transesofágica intraoperatoria		
Cuanti-Cuali	Cuantitativo	Signo	Ascendente
Fórmula	(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)		
Metodología	Informe de la UGC y V ⁰ B ⁰ de la Dirección		
Fuente	DAH	Periodicidad	Anual
LimSup	80	LimInf	75
Meta			
Aclaraciones			

Código Objetivo 4.4E **Peso Objetivo** 7

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

Código Indicador 4.4E.1 **Peso del Indicador** 7

Indicado Reintervenciones urgentes tras resección pulmonar en pacientes con carcinoma de pulmón: % reintervenciones urgentes en pacientes sometidos a resección pulmonar por cáncer broncogénico

Cuanti-Cuali Cuantitativo **Signo** Descendente

Fórmula $(\text{Número de reintervenciones urgentes en pacientes sometidos a resección pulmonar por cáncer broncogénico} / \text{Total de altas en pacientes sometidos a resección pulmonar por cáncer broncogénico}) \times 100$

Metodología Explotación del CMBD e informe con el resultado obtenido

Fuente CMBD **Periodicidad** Anual

LimSup 5,5 **LimInf** 7,5 **Meta**

Aclaraciones Pendiente de especificar códigos

Código Objetivo 4.5E **Peso Objetivo** 7

Objetivo Incrementar la resolución de intervenciones por CMA para la Simpatectomía transtoracoscopica bilateral

Código Indicador 4.5E.1 **Peso del Indicador** 7

Indicado porcentaje de pacientes susceptibles de ser intervenidos sin estancia resueltos por CMA sea igual o superior al 80%

Cuanti-Cuali **Cuantitativo** **Signo** **Ascendente**

Fórmula $(\text{Número de pacientes intervenidos de Simpatectomía transtoracoscopica bilateral resueltos por CMA} / \text{Total de pacientes intervenidos por Simpatectomía transtoracoscopica bilateral (CMA + Ingresos)}) \times 100$

Metodología Explotación del CMBD e informe con el resultado obtenido

Fuente CMBD **Periodicidad** Anual

LimSup 80 **LimInf** 70 **Meta**

Aclaraciones

Código Objetivo 4.6E **Peso Objetivo** 4

Objetivo Consolidar que todas las inclusiones se mecanicen a través de la EM

Código Indicador 4.6E.1 **Peso del Indicador** 4

Indicado N° de inclusiones en AGD mecanizadas desde la Estación Médica (EM) por el Facultativo/a que indica el procedimiento

Cuanti-Cuali Cuantitativo **Signo** Ascendente

Fórmula N° de inclusiones en AGD mecanizadas desde la Estación Médica (EM) por el Facultativo/a que indica el procedimiento

Metodología El 100% de las inclusiones se realicen en EM

Fuente AGD **Periodicidad** Mensual

LimSup **LimInf** **Meta**

Aclaraciones Se excluyen LEH, urgencias sin episodio de consulta, ingresados en otra especialidad

Suma total Especifico

Suma

40

Suma total

100