



HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA
ACUERDO DE GESTIÓN CLÍNICA 2019
UGC DE CIRUGÍA TORÁCICA Y TRASPLANTE
PULMONAR





Córdoba, 31 de Mayo 2019

REUNIDOS

De una parte, la Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante y en su nombre y representación
D. Carlos Baamonde Laborda, en calidad de Jefe de Sección

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

ACUERDAN

El siguiente Acuerdo de Gestión Clínica para 2019

El Jefe de Sección

Fdo.: D. Carlos Baamonde Laborda

La Directora Gerente del Hospital

Fdo.: Dña. Valle García Sánchez

La Supervisora

Fdo.: Dña. Dolores Ortiz Muñoz



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, 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 2019.**

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, de verdad, 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.

Es por todo ello, por lo que se establecen las áreas y los objetivos sobre las que se fundamenta el Contrato Programa para 2019 y se trasladan al Acuerdo de Gestión Clínica 2019, 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
ÁREA ESTRATÉGICA: 1.3 CONTROL DEL ABSENTISMO PROFESIONALES.....	9
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: 3.2 INVESTIGACIÓN.....	13
4 PERSPECTIVA PROCESO ASISTENCIAL.....	14
ÁREA ESTRATÉGICA: 4.1 ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN SANITARIA	14
4.1.1 HOSPITALIZACIÓN	14
4.1.4 CONSULTAS EXTERNAS.....	15
ÁREA ESTRATÉGICA: 4.2 CALIDAD ASISTENCIAL.....	15
4.2.1 USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO.....	15
4.2.4 OTROS INDICADORES DE CALIDAD EN EL HOSPITAL	16
4.2.4HURS Índice Sintético de Seguridad del paciente (ISSP)	16
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
E01 Mortalidad tras la resección quirúrgica del Carcinoma broncogénico.....	18
E02 Disminuir el tiempo de espera para intervención de Cáncer de Pulmón. PLAN INTEGRAL DE CÁNCER. CÁNCER DE PULMÓN.....	18
E03 Mortalidad tras la realización de Trasplante Pulmonar	19
E04 Reintervenciones urgentes tras resección pulmonar en pacientes con carcinoma de pulmón.....	20
E05 Incrementar el índice de resolución por CMA de Simpatectomías	20
TABLA RESUMEN.....	21


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)

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	<= 100%
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	
MÉTODO DE EVALUACIÓN	
PESO	5

ÁREA ESTRATÉGICA: 1.3 CONTROL DEL ABSENTISMO PROFESIONALES

1.3.1.1	% de absentismo laboral de los profesionales
OBJETIVO	Mantener la Incapacidad Temporal (IT) del Centro por debajo del 4% en AH
META	< 4% AH
CÁLCULO	Días en IT de los profesionales del centro en el periodo X 100 / Días de contrato de los profesionales en el periodo
PERIODICIDAD	Mensual
FUENTE DE INFORMACIÓN	GERHONTE
UNIDAD INFORMANTE	Dirección de Personal
ACLARACIONES	Mantener la Incapacidad Temporal (IT) del Centro por debajo del 4% en AH
MÉTODO DE EVALUACIÓN	< 4% AH
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	10

2.1.1.2	Nº de pacientes pendientes de un procedimiento 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	6

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	2

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	30% del peso total del objetivo
Lím. Superior (Óptimo)/Lím. Inferior	SI cumple – NO cumple
Observaciones	
Indicador 2	2 Disminución del número de reclamaciones
Fórmula / Criterio de cumplimiento	Número de reclamaciones del año a evaluar <= número de reclamaciones del año anterior
Fuente	Aplicación Resuelve
Metodología de Evaluación	Estadísticas de la aplicación Resuelve. Visto Bueno por parte de Dirección
Peso	40% del peso total del objetivo
Lím. Superior (Óptimo)/Lím. Inferior	SI cumple / NO cumple
Observaciones	Por indicación de Dirección se introduce este indicador
Indicador 3	3 Porcentaje de reclamaciones respondidas en plazo
Fórmula / Criterio de cumplimiento	$(N^{\circ} \text{ de reclamaciones respondidas en plazo} * 100 / \text{total de reclamaciones presentadas en la unidad})$
Fuente	Aplicación Resuelve
Metodología de Evaluación	Estadísticas de la aplicación Resuelve. Visto Bueno por parte de Dirección
Peso	30% del peso total del objetivo
Lím. Superior (Óptimo)/Lím. Inferior	90% / 70%
Observaciones	Por indicación de Dirección se introduce este indicador

3 PERSPECTIVA CONOCIMIENTO

ÁREA ESTRATÉGICA: 3.2 INVESTIGACIÓN

3.2.1.1	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 (Modificación CP SSCC, Junio 2019)
CÁLCULO	Sumatorio del factor de impacto de las publicaciones realizadas en el año
PERIODICIDAD	Anual
FUENTE DE INFORMACIÓN	IMPACTIA
UNIDAD INFORMANTE	IMIBIC
ACLARACIONES	RESULTADO UGC 2018= 8,703; META 2019 IMIBIC= 22
MÉTODO DE EVALUACIÓN	
PESO	4

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. $EMeh = \frac{\sum(Nih \times EMis)}{\sum(Nih)}$ 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	CMDBD 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	CMDBD HOSPITALIZACIÓN
UNIDAD INFORMANTE	Servicio de Calidad y Documentación Clínica
ACLARACIONES	
MÉTODO DE EVALUACIÓN	
PESO	1

4.1.4 CONSULTAS EXTERNAS

4.1.4.1	% Consultas realizadas mediante acto único
OBJETIVO	Aumentar las consultas realizadas mediante Acto Único
META	% consultas de Acto Único Meta >= 20% (Modificación CP-SSCC, junio 2019, antes 25%)
CÁLCULO	Consultas de Acto Único x 100 / Total de primeras consultas realizadas procedentes de AP o AH
PERIODICIDAD	Mensual
FUENTE DE INFORMACIÓN	INFHOS
UNIDAD INFORMANTE	Sistemas de Información
ACLARACIONES	Se considera como consulta de Acto Único a aquella primera consulta hospitalaria desde la que no se solicitan pruebas diagnósticas ni se solicita una nueva consulta a la misma especialidad en los 4 meses siguientes a su realización Se establecerán Consultas de Acto Único en aquellas especialidades en las que la realización de pruebas complementarias les permitan y en sintonía con los protocolos clínicos previamente definidos
MÉTODO DE EVALUACIÓN	
PESO	2

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 AH: Reducción de la presión antibiótica global en Hospitales durante 2019 vs 2018 comparando los centros según su nivel de complejidad
CÁLCULO	AH: DDD total antimicrobianos recogidos en el programa PIRASOA /1000 estancias del centro en 12 meses (Octubre 2018 a septiembre 2019) / Promedio Andalucía Hospitales del mismo nivel para el mismo período del año previo (Octubre 2017 a septiembre 2018) Se estratificarán los resultados según el nivel de complejidad de los centros
PERIODICIDAD	Anual. Periodo octubre de 2018 a septiembre de 2019
FUENTE DE INFORMACIÓN	PIRASOA
UNIDAD INFORMANTE	DDD: UGC Farmacia, Estancias: Servicio de Calidad y Documentación Clínica
ACLARACIONES	
MÉTODO DE EVALUACIÓN	
PESO	2


4.2.4 OTROS INDICADORES DE CALIDAD EN EL HOSPITAL

4.2.4HURS 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: GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS
 Indicador 3: Cumplimentación del Listado de Verificación quirúrgica
 Indicador 4: Adherencia a las recomendaciones IQZ

Peso del objetivo: 5 (a repartir por igual entre los distintos indicadores (25%))

Indicador	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	2 GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS: % de riesgos e incidentes gestionados con acciones de mejora implantadas
Fórmula / Criterio de cumplimiento	(Número de riesgos e incidentes gestionados con acciones de mejora implantadas / Nº Total de riesgos e incidentes notificados) *100
Fuente	<ul style="list-style-type: none"> - Para el numerador: Informe de la UGC sobre los riesgos e incidentes gestionados con acciones de mejora implantadas - Para el denominador: Sistemas de notificación utilizados por la UGC (Observatorio para la Seguridad del Paciente, HURS, UGC, Sociedades Científicas...)
Metodología de Evaluación	Auditoría documental, VBº Dirección
Peso	25% del peso del objetivo
Lím. Superior (Óptimo)/Lím. Inferior	>= 25%
Observaciones	CP-2018 4.1.1.1
Indicador 3	3 Cumplimentación del Listado de Verificación quirúrgica
Fórmula/ Criterio de Cumplimiento	(nº de pacientes intervenidos en cirugía programada a los que se ha aplicado la lista de verificación quirúrgica*100 / total de pacientes intervenidos de cirugía programada) = 100%
Fuente	DAH
Metodología de Evaluación	Explotación del SSII e informe con el resultado obtenido
Peso	25% del peso total
Límite Superior (Óptimo) / Límite Inferior	Cumple/No cumple 
Indicador 4	4 Adherencia a las recomendaciones IQZ
Fórmula/Criterio de Cumplimiento	Número de pacientes quirúrgicos con listado cumplimentado de recomendaciones IQZ x 100/total de pacientes quirúrgicos
Fuente	DAH para Unidades quirúrgicas. Check list de riesgo quirúrgico para UGC Anestesiología y Reanimación
Metodología de Evaluación	Explotación de los SSII e informe con el resultado obtenido
Peso	25% del peso total
Límite Superior (Óptimo) / Límite Inferior	80%/60%
Aclaración	A la fecha de firma del presente acuerdo, las unidades quirúrgicas aún utilizan el listado en papel a la espera de ser incorporado en DAH.
Observaciones	<p>Para las unidades quirúrgicas: Comprobación de la correcta preparación y eliminación del vello (Según P.O.E.). En el caso de incorrecta preparación de la piel en el domicilio, se procederá a la preparación de la misma, en la unidad de hospitalización.</p> <p>Para Anestesiología y Reanimación: Comprobación de la administración de profilaxis antibiótica y del uso de Clorhexidina para la preparación de la piel, Normotermia y Normoglucemia. (Según P.O.E)</p> <p>Criterios de Exclusión: Cirugía urgente vital</p>

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	$(n^{\circ} \text{ Pacientes fallecidos en el año durante su ingreso hospitalario tras resección pulmonar por cáncer broncogénico} / \text{Total de pacientes sometidos durante el año a resección pulmonar por cáncer broncogénico}) \times 100$
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	$\leq 5\%-6,8\%$
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	$(\text{Número de pacientes intervenidos de cáncer de pulmón antes de 30 días} / \text{Total de pacientes intervenidos de cáncer de pulmón}) \times 100$
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	$\geq 75\%/60\%$
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 2019	80%/75%
Observaciones	Se contabilizará a partir del segundo semestre de 2019
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)	5
1.3.1.1	Disminuir el absentismo laboral de los profesionales	3
2.1.1.1	Nº de pacientes pendientes de un procedimiento sujeto a garantía de respuesta quirúrgica que superan el plazo establecido	10
2.1.1.2	Nº de pacientes pendientes de un procedimiento 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	6
2.1.2.2	Nº de pacientes pendientes de una primera consulta solicitada desde AH que superan 60 días para ser atendidos	2
2.3HURS	2.3HURS Relaciones con la ciudadanía: Reclamaciones	2
3.2.1.1	Factor de impacto global de las publicaciones con factor de impacto	4
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
4.1.4.1	% Consultas realizadas mediante acto único	2
4.2.1.1	Presión antibiótica global	2
4.2.4HURS	4.2.4HURS Índice Sintético de Seguridad del paciente (ISSP)	5
	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