



**ACUERDO DE GESTIÓN CLÍNICA
2009**

**UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE CIRUGÍA TORÁCICA Y TRASPLANTE
PULMONAR**

Hospital Universitario Reina Sofía Córdoba



Córdoba, 26 de Marzo de 2009

REUNIDOS

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

De otra parte el Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba y en su nombre y representación D. José Manuel Aranda Lara, en calidad de Director Gerente

ACUERDAN

El siguiente Acuerdo de Gestión para el año 2009

El Director de la Unidad

El Director Gerente del Hospital

Fdo.: D. Ángel Salvatierra Velázquez

Fdo.: D. José Manuel Aranda Lara

LISTADO DE LOS PROFESIONALES QUE COMPONEN LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA EN EL AÑO 2009

Nombre y apellidos	Categoría profesional	Tipo de nombramiento (titular interino, eventual, etc.)	Vinculación a la UGC Total/parcial	Si es a tiempo parcial % de dedicación
ALVAREZ KINDELAN, ANTONIO	FEA DE CIRUGIA TORACICA	FACULTATIVO PLANTILLA	VINCULACIÓN TOTAL	100%
BAAMONDE LABORDA, CARLOS A	FEA DE CIRUGIA TORACICA	FACULTATIVO PLANTILLA	VINCULACIÓN TOTAL	100%
CEREZO MADUEÑO, FRANCISCO	FEA DE CIRUGIA TORACICA	FACULTATIVO PLANTILLA	VINCULACIÓN TOTAL	100%
SALVATIERRA VELAZQUEZ, ANGEL	JEF. SV. CIRUGIA TORACICA	FACULTATIVO PLANTILLA	VINCULACIÓN TOTAL	100%
BARAMBIO RUIZ, ESTRELLA	A.T.S./D.U.E.	SANITARIO NO FACULTATIVO	VINCULACIÓN TOTAL	100%
CASTILLO IGLESIAS, MARIA VICT	AUXILIAR ENFERMERIA	SANITARIO NO FACULTATIVO	VINCULACIÓN TOTAL	100%
CEREZO MADUEÑO, M ANGELES	AUXILIAR ENFERMERIA	SANITARIO NO FACULTATIVO	VINCULACIÓN TOTAL	100%
GALLEGO MARTON, VICTORIA	A.T.S./D.U.E.	SANITARIO NO FACULTATIVO	VINCULACIÓN TOTAL	100%
GARCIA ROMERO, PILAR	A.T.S./D.U.E.	SANITARIO NO FACULTATIVO	VINCULACIÓN TOTAL	100%
GARCIA RUZ, MERCEDES	A.T.S./D.U.E.	SANITARIO NO FACULTATIVO	VINCULACIÓN TOTAL	100%
GONZALEZ BLANCO, FRANCISCA	A.T.S./D.U.E.	SANITARIO NO FACULTATIVO	VINCULACIÓN TOTAL	100%
IBAÑEZ CAMACHO, DOLORES	A.T.S./D.U.E.	SANITARIO NO FACULTATIVO	VINCULACIÓN TOTAL	100%
JIMENEZ MARISCAL, ENCARNACIO	A.T.S./D.U.E.	SANITARIO NO FACULTATIVO	VINCULACIÓN TOTAL	100%
MANRIQUE MORENA, M JOSEFA	AUXILIAR ENFERMERIA	SANITARIO NO FACULTATIVO	VINCULACIÓN TOTAL	100%
MARTINEZ VIDAL, PURIFICACI	AUXILIAR ENFERMERIA	SANITARIO NO FACULTATIVO	VINCULACIÓN TOTAL	100%
MARTOS ESTEPA, ANTONIA	AUXILIAR ENFERMERIA	SANITARIO NO FACULTATIVO	VINCULACIÓN TOTAL	100%
MATA CANO, ANA MARIA	A.T.S./D.U.E.	SANITARIO NO FACULTATIVO	VINCULACIÓN TOTAL	100%
MATEOS GARCIA, ANDRES	A.T.S./D.U.E.	SANITARIO NO FACULTATIVO	VINCULACIÓN TOTAL	100%
MENDOZA PORCUNA, MANUELA	A.T.S./D.U.E.	SANITARIO NO FACULTATIVO	VINCULACIÓN TOTAL	100%
ORDOÑEZ SOLANO, M JULIA	AUXILIAR ENFERMERIA	SANITARIO NO FACULTATIVO	VINCULACIÓN TOTAL	100%
PRIETO MARTOS, ANTONIA	A.T.S./D.U.E.	SANITARIO NO FACULTATIVO	VINCULACIÓN TOTAL	100%
RODRIGUEZ MANGAS, ARACELI	A.T.S./D.U.E.	SANITARIO NO FACULTATIVO	VINCULACIÓN TOTAL	100%
SANCHEZ GARCIA, DOLORES	AUXILIAR ENFERMERIA	SANITARIO NO FACULTATIVO	VINCULACIÓN TOTAL	100%
SEGURA MAESTRE, FRANCISCO	A.T.S./D.U.E.	SANITARIO NO FACULTATIVO	VINCULACIÓN TOTAL	100%
TORIL PEREZ, ROSA MARIA	AUXILIAR ENFERMERIA	SANITARIO NO FACULTATIVO	VINCULACIÓN TOTAL	100%
TORRES ROLDAN, AMALIA	A.T.S./D.U.E.	SANITARIO NO FACULTATIVO	VINCULACIÓN TOTAL	100%
VILCHEZ AREVALO, JUAN JOSE	A.T.S./D.U.E.	SANITARIO NO FACULTATIVO	VINCULACIÓN TOTAL	100%

VILLAR CANO, ANA	AUXILIAR ENFERMERIA	SANITARIO NO FACULTATIVO	VINCULACIÓN TOTAL	100%
ADAME GAMERO, LUISA	A.T.S./D.U.E.	SANITARIO NO FACULTATIVO	VINCULACIÓN TOTAL	100%
ALCANTARA ROMAN, DOLORES	A.T.S./D.U.E.	PERSONAL INTERINO	VINCULACIÓN TOTAL	100%
BARBERO CASTAÑEDA, ANDRES	A.T.S./D.U.E.	PERSONAL INTERINO	VINCULACIÓN TOTAL	100%
BARROSO ESTEVEZ, ELENA	A.T.S./D.U.E.	PERSONAL INTERINO	VINCULACIÓN TOTAL	100%
BORREGO RUIZ, ADELA	AUXILIAR ENFERMERIA	PERSONAL INTERINO	VINCULACIÓN TOTAL	100%
CARMONA MORALES, MARI CARMÉ	AUXILIAR ENFERMERIA	PERSONAL INTERINO	VINCULACIÓN TOTAL	100%
CARRIEL DIOS, ANTONIA	AUXILIAR ENFERMERIA	PERSONAL INTERINO	VINCULACIÓN TOTAL	100%
FIMIA MARTINEZ, RAQUEL	A.T.S./D.U.E.	PERSONAL INTERINO	VINCULACIÓN TOTAL	100%
FRANCISCO MARTIN, INES M DE	A.T.S./D.U.E.	PERSONAL INTERINO	VINCULACIÓN TOTAL	100%
NAVARRO CALERO, ANTONIO	A.T.S./D.U.E.	PERSONAL INTERINO	VINCULACIÓN TOTAL	100%
OSUNA MEDINA, MARIA DOLO	A.T.S./D.U.E.	PERSONAL INTERINO	VINCULACIÓN TOTAL	100%
PARRA PEREA, JULIA	SUPERVISORA DE ENFERMERIA	PERSONAL INTERINO	VINCULACIÓN TOTAL	100%
SABARIEGO REY, MARIA CARM	AUXILIAR ENFERMERIA	PERSONAL INTERINO	VINCULACIÓN TOTAL	100%
VALVERDE NADAL, M ISABEL	AUXILIAR ENFERMERIA	PERSONAL INTERINO	VINCULACIÓN TOTAL	100%
VARO BAENA, DALILA	AUXILIAR ENFERMERIA	PERSONAL INTERINO	VINCULACIÓN TOTAL	100%
VIANA MIRANDA, JOSEFA	A.T.S./D.U.E.	PERSONAL INTERINO	VINCULACIÓN TOTAL	100%
YUSTA RUEDA, RAFAELA	AUXILIAR ENFERMERIA	PERSONAL INTERINO	VINCULACIÓN TOTAL	100%
ALGAR ALGAR, FRANCISCO	FEA DE CIRUGIA TORACICA	PERSONAL INTERINO	VINCULACIÓN TOTAL	100%
RUSO CARRERAS, ROSA MARIA	ADMINISTRATIVO	PERSONAL INTERINO	VINCULACIÓN TOTAL	100%
AGUILERA TRUJILLO, MARIA	ADMINISTRATIVO	PERSONAL NO SANITARIO	VINCULACIÓN TOTAL	100%
CABEZAS RAMIREZ, ANTONIO	ADMINISTRATIVO	PERSONAL NO SANITARIO	VINCULACIÓN TOTAL	100%
VALLE DIAZ, MARIA ANGE	ADMINISTRATIVO	PERSONAL NO SANITARIO	VINCULACIÓN TOTAL	100%

1. Introducción

Los principios que inspiran las actuaciones sobre protección de la salud, establecidos en la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, han sido plenamente asumidos por la sociedad andaluza a lo largo de estos últimos diez años. La universalidad, la equidad e igualdad en el acceso o la igualdad social y el equilibrio territorial en la prestación de los servicios sanitarios, poseen un valor intrínseco como fundamentos del mandato constitucional que los ha consolidado socialmente. En este sentido, se han convertido en el referente que debe guiar las actuaciones en materia de salud adaptadas, en cada momento, al nivel de exigencia de una sociedad dinámica y en continua evolución como la andaluza. Exigencia que se traduce en el requerimiento al Sistema Sanitario Público de nuevas cualidades, en la demanda de una mayor eficiencia, de la implementación de medidas innovadoras en la gestión que garanticen la eficacia de las actuaciones en materia de salud, la modernización y renovación tecnológica, la aplicación a la salud de los avances científicos experimentados y, sobre todo, de una atención más personalizada.

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 que más 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. Todo ello se inserta dentro del marco de actuaciones derivado de las líneas de desarrollo establecidas por la Consejería de Salud para esta VIII Legislatura:

1. Construcción de un sistema de salud más cercano a las personas; con más servicios, derechos y prestaciones; más democrático y participativo.
2. El impulso de la salud pública enfocado a la mejora de salud de la población andaluza.
3. El establecimiento de una alianza con los profesionales del sistema sanitario para que protagonicen las mejoras de los servicios.
4. La potenciación de la investigación biomédica.
5. El reforzamiento de las infraestructuras y los equipamientos sanitarios.

Al Servicio Andaluz de Salud le corresponde un papel preeminente, de liderazgo compartido con los restantes prestadores de servicios del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en la consecución de los objetivos que se deriven de estas líneas, como principal organismo responsable de la provisión de los servicios sanitarios públicos.

Con ello, el Servicio Andaluz de Salud cumple con las funciones de gestor del conjunto de prestaciones sanitarias en el terreno de la promoción y protección de la salud, la prevención de la enfermedad, la asistencia sanitaria y la rehabilitación; así como, la gestión y administración de las instituciones, centros y servicios sanitarios propios y la gestión de los recursos humanos, materiales y financieros que se le asignan para el desarrollo de las funciones que le han sido encomendadas por la ciudadanía y que se explicitan en la Ley de Salud de Andalucía.



El instrumento para hacer efectivos los compromisos que, en materia de atención sanitaria, ha establecido el Gobierno de la Junta de Andalucía lo constituye el Contrato Programa de la Consejería de Salud con el Servicio Andaluz de Salud y el Contrato Programa del Servicio Andaluz de Salud y los Hospitales. Dentro de este ámbito, el presente Acuerdo de Gestión es el instrumento del cual se dota la Dirección Gerencia del Hospital Universitario Reina Sofía para establecer las actividades a realizar por sus unidades y la dotación de recursos para la consecución de tales fines durante el año 2009. Su estructura y composición identifican los objetivos priorizados, los plazos para lograrlos y los indicadores a utilizar para su evaluación.

La firma de este acuerdo de gestión supone, por lo tanto, no sólo la constatación del compromiso adquirido por el Servicio Andaluz de Salud para alcanzar los objetivos fijados, sino también el compromiso del Centro y sus Unidades de Gestión Clínica para dar respuesta a las expectativas de los ciudadanos en materia de salud, con criterios de calidad y seguridad.

La experiencia adquirida en el anterior periodo aconseja mantener la perspectiva cuatrienal con el fin de identificar un horizonte a medio plazo, que permita al conjunto de la Organización identificarse con los cambios prefijados que se han de acometer.

Por otra parte, su desarrollo anual permite una progresión creciente de objetivos fiables y factibles en el tiempo. En definitiva, se trata no sólo de examinar y penetrar en las líneas ya emprendidas, que serán ampliadas y complementadas con otras en el IV Plan Andaluz de Salud y en la Nueva Estrategia del Plan de Calidad sino, sobre todo, se trata del abordaje de un profundo cambio organizativo que conducirá hacia un nuevo modelo sanitario dentro del marco de la gestión clínica.

La madurez alcanzada por la Organización Sanitaria permite incidir de un modo más acusado en los objetivos estratégicos, facilitando la simplificación del Acuerdo de Gestión, en el que queda reflejada la relación de objetivos que permitirán su monitorización, sin menoscabo de que se les siga dando cumplimiento a aquellos otros objetivos y actividades que se han venido desarrollando con anterioridad.

Para que esta metodología funcione, por una parte, el acuerdo de gestión deberá ser aprobado por todo el equipo asistencial que compone la Unidad, asumiendo la responsabilidad sobre el mismo y, por otra parte, la Dirección del Hospital dará la confianza y autonomía necesarias a la Unidad para que dicho acuerdo pueda ser llevado a cabo.

2. Justificación del Proyecto común (Solo para unidades clínicas compuestas por más de un servicio)

No aplica

3. Nivel de autonomía y responsabilidad que está dispuesta a asumir la unidad de gestión clínica.

El grado de descentralización de una Unidad Clínica debe ir ligado al nivel de responsabilidad que el equipo quiera o pueda asumir. Ambas cosas, tanto el nivel de autonomía como el nivel de responsabilidad que la Unidad está dispuesta a asumir, deben quedar perfectamente recogidas en el acuerdo de gestión que se firma entre la Unidad y la Dirección Gerencia del Centro y deben ser conocidas por todos los componentes de aquella.

Nivel de autonomía	La unidad se compromete a:
Gestión de camas de la Unidad de Hospitalización	<p>Convertir la Unidad de Hospitalización en una Unidad con disfrute de habitaciones de uso individual.</p> <p>Cuando las circunstancias lo requieran, facilitar al Centro el uso de un número de habitaciones, así como cuando las necesidades de la Unidad lo precisen, estas habitaciones serán de uso compartido.</p>
Gestión de Partes Quirúrgicos	Asegurar que la demora terapéutica en pacientes pendientes de intervención quirúrgica por cáncer de pulmón no supera los 30 días.
Gestión de peticiones de pruebas diagnósticas	Asegurar una demora diagnóstica para pacientes con sospecha de patología torácica inferior a 15 días.
Gestión de citas en consultas	<p>Asegurar las citas primeras en menos de 15 días.</p> <p>Asegurar citas de controles a tiempo según recomendaciones del facultativo solicitante o protocolo de la unidad.</p>
Gestión económica de la Unidad	Cumplir con el presupuesto asignado
Establecer los Objetivos de la Unidad Clínica	Identificar los problemas y establecer las medidas de mejoras necesarias para solucionarlos, quedando estas reflejados en los objetivos propuestos por la unidad
Hacer Gestión Clínica	Hacer las cosas correctas, correctamente y al menor coste posible.

4. Objetivos Comunes

ÁREA 1. Capítulo I.

Objetivo número 1. La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar se marca como Objetivo para el año 2009 cumplir con el presupuesto asignado. Se medirá el gasto total del Capítulo I, de forma que la unidad pueda hacer trasvase de partidas presupuestarias entre artículos. **Gasto total del Capítulo I para el año 2009 1.491.874 €** (El gasto en capítulo I se irá revisando a lo largo del año 2009)

Indicador: Capítulo I

Fórmula: Gasto en Capítulo I de la Unidad / Presupuesto asignado

Fuente: Hyd – Coanh

Metodología de Evaluación: Explotación del sistema de información e Informe de la Dirección Económico-Administrativa con el resultado obtenido

Peso: 3

Límite Superior/Límite Inferior: Cumple/ No cumple

Objetivo número 2. La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar se marca como Objetivo para el año 2009 disminuir el absentismo del personal de la unidad. Para ello situará el porcentaje de absentismo en el 4,5% en el año 2009.

Indicador: Absentismo

Fórmula: Días de absentismo *100 / Días de trabajo potenciales

Fuente: Gerhonte.

Metodología de Evaluación: Explotación del sistema de información e Informe de la Dirección de Personal con el resultado obtenido

Peso: 3

Límite Superior/Límite Inferior: 4,5%/6,5%

ÁREA 2. Capítulo II y IV.

Objetivo número 3. La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar se marca como Objetivo para el año 2009 cumplir con el presupuesto asignado para las siguientes líneas o productos:

Productos	Gasto año 2.008	Objetivo 2.009
01.11:+01.12 SUTURAS Y MATERIAL ESPECIFICO PARA QUIROFANO (1)	141.296,71€	141.296,71€
01.13: MATERIAL ESPECIFICO PARA VIDEOCIRUGIA Y ENDOSCOPIA (2)	172.424,38€	172.424,38€
MONITORIZADO para fijación OBJETIVO	313.721,10€	313.721,10€

Fórmula: Gasto en los conceptos incluidos en la tabla/total presupuesto asignado

Fuente: Hyd- Coanh



Metodología de Evaluación: Explotación del sistema de información e Informe de la Dirección Económico-Administrativa con el resultado obtenido

Peso: 6

Límite Superior/Inferior: 0% sobre objetivo 2009/4% sobre objetivo 2009

ÁREA 3. Accesibilidad

Objetivo número 4. La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar se marca como objetivo para el año 2009 garantizar que ningún paciente espere más de 180 días de espera en AGD según se recoge en el Anexo 1 del Decreto de garantía de plazo de respuesta, ni más de 120 días para aquellos procedimientos afectados por la Orden de 20 de Diciembre de 2006. Por tanto, si el número de pacientes por encima de 180 días y/o número de pacientes por encima de 120 días ≥ 1 , el objetivo será cero.

Las Unidades de Gestión Clínica Quirúrgicas tendrán acceso a su propia Lista de Espera Quirúrgica. El director de la Unidad Clínica certificará mensualmente la situación real de dicha lista.

Se realizará una gestión de colas adecuada, interviniéndose dentro de un mismo proceso aquellos que tengan más antigüedad.

Indicador: Lista de Espera Quirúrgica (LEQ)

Fórmula: Pacientes incluidos en AGD que se intervienen en plazo previsto x 100 / número total de pacientes registrados en AGD. Índice sintético LEQ. Se medirá considerando el tramo por debajo del cual están incluidos el 97 % de los pacientes.

Fuente: AGD.

Metodología de Evaluación: Explotación del AGD e Informe del Jefe de Servicio de Sistemas de Información con el resultado obtenido

Peso: 20

Límite Superior/Límite Inferior: 150/180 y 90/120.

Si el 97% de los pacientes en LEQ están entre los intervalos siguientes:

ÍNDICE SINTÉTICO LEQ		
Procesos < 120 días	Procesos < 180 días	Función de Valor
< = 90 DÍAS	< = 150 DÍAS	10
> 90 - 93	> 150 - 153	9
> 93 - 96	> 153 - 156	8
> 96 - 100	> 156 - 160	7
> 100 - 103	> 160 - 163	6
> 103 - 106	> 163 - 166	5
> 106 - 110	> 166 - 170	4
> 110 - 113	> 170 - 173	3
> 113 - 116	> 173 - 176	2
> 116 - 120	> 176 - 180	1
> 120 DÍAS	> 180 DÍAS	0
		Resultado
		R. obtenido
A	B	R. ponderado

El Índice Sintético se calcula como media ponderada de los resultados obtenidos en cada indicador, según la fórmula: $(A+B/2)$, en función de los tramos de valoración asignados para cada indicador.



Objetivo número 5. La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar se marca como objetivo para el año 2009 incrementar en un 4% el número de intervenciones en sesión ordinaria de mañana

Fórmula. Incremento del número de intervenciones realizadas en sesión ordinaria respecto al año 2008.

Fuente: SSII

Metodología de Evaluación: Explotación del registro e Informe del Servicio de Sistemas de Información con el resultado obtenido

Peso: 6

Límite Superior/Límite Inferior: 1,90/ 1,83

Objetivo número 6. La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar se marca como objetivo para el año 2009, gestionar su lista de Espera en Consultas de manera que la Demora en primeras consultas no sea superior a 20 días

Indicador: Demora en primeras consultas

Fórmula: Media de los 52 valores semanales obtenidos en función del cuadro del indicador.

Fuente: INFHOS

Metodología de Evaluación: Explotación de INFHOS e Informe del Servicio de Sistemas de Información con el resultado obtenido

Peso: 3

Límite Superior/Límite Inferior: 20/60 días

Objetivo número 7. La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar se marca como objetivo para el año 2009, gestionar las citas de consultas sucesivas de forma que al menos el 95% de las mismas sean dadas por la propia Unidad de Gestión

Indicador: Lista de Espera en Consultas: Gestión de citas de consultas sucesivas.

Fórmula: Nº consultas sucesivas dadas por la Unidad de Gestión Clínica x 100 /Total consultas sucesivas.

Fuente: Diraya.

Metodología de Evaluación: Explotación de Diraya e Informe del Servicio de Sistemas de Información con el resultado obtenido

Peso: 3

Límite Superior/Límite Inferior: 95% / 80%

ÁREA 4. Uso Racional del Medicamento

Objetivo número 8. La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar se marca como objetivo para el año 2009 que el porcentaje de prescripción por principio activo de la Unidad sea igual o superior al 66% y que el porcentaje de envases prescritos de Novedades Terapéuticas No Recomendadas (NTNR) no sea superior al 2,5%. El cálculo del Índice Sintético de Prescripción se realizará aplicando los tramos de valoración especificados para cada indicador

en la tabla siguiente, siendo el resultado final el resultante de (A+B)/ 2

Indicador: Índice Sintético de Prescripción. **Peso:** 4

Subindicador A) Porcentaje de recetas prescritas por principio activo

Fórmula: Nº de recetas con prescripción por PA x100/nº total de recetas prescritas

Fuente: Farma

Metodología de Evaluación: Explotación del registro e Informe del Director de la Unidad de Gestión Clínica de Farmacia con el resultado Obtenido

Límite Superior/Límite Inferior: 66% / 60%

Subindicador B) Porcentaje de envases prescritos de Novedades Terapéuticas No Recomendadas (NTNR)

Fórmula: % de envases prescritos de novedades terapéuticas (NTNR) de las que no exista suficiente experiencia clínica o que no aporten ninguna ventaja sobre las alternativas existentes, respecto al total de envases de especialidades prescritos

Fuente: Farma

Metodología de Evaluación: Explotación del registro e Informe del Director de la Unidad de Gestión Clínica de Farmacia con el resultado Obtenido

Límite Superior/Límite Inferior: 2.5% / 3.5%

ÍNDICE SINTÉTICO DE PRESCRIPCIÓN		
Prescripción por Principio Activo	(NTNR)	Función de Valor
> = 66,00	< = 2,5	10
< 66,00 - 65,33	> 2,5 - 2,61	9
< 65,33 - 64,67	> 2,61 - 2,72	8
< 64,67 - 64,00	> 2,72 - 2,83	7
< 64,00 - 63,33	> 2,83 - 2,94	6
< 63,33 - 62,67	> 2,94 - 3,06	5
< 62,67 - 62,00	> 3,06 - 3,17	4
< 62,00 - 61,33	> 3,17 - 3,28	3
< 61,33 - 60,67	> 3,28 - 3,39	2
< 60,67 - 60,00	> 3,39 - 3,5	1
< 60,00	> 3,5	0
		Resultado
		Resultado obtenido
A	B	Resultado ponderado

Objetivo número 9. La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar se marca como objetivo para el año 2009 no superar la desviación en consumo interno.

Indicador: Desviación en consumo interno de los siguientes fármacos:

Fórmula: Consumo 2009 / Consumo 2.008 x 100



Fuente: Farma

Metodología de Evaluación: Explotación del registro e Informe del Director de la Unidad de Gestión Clínica de Farmacia con el resultado obtenido.

Peso: 2

Consumo 2008: 61233€

Límite Superior/Límite Inferior: 0% sobre objetivo 2008/4% sobre objetivo 2008

Objetivo número 10. La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar se marca como objetivo para el año 2009 que la prescripción de medicamentos de primera elección del grupo terapéutico "Inhibidores de la Bomba de Protones sea igual o superior al 85 %.

Indicador: Prescripción de medicamentos de primera elección del grupo Inhibidores de la bomba de protones

Fórmula: número de DDDs de Omeprazol x 100/ total de inhibidores de la bomba de protones

Fuente: Farma

Metodología de Evaluación: Explotación del registro e Informe del Director de la Unidad de Gestión Clínica de Farmacia con el resultado obtenido

Peso: 2

Límite Superior/Límite Inferior: 85%/80%

ÁREA 5. Hospitalización

Objetivo número 11. La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar se marca como objetivo para el año 2009, mantener el índice de utilización de estancias igual o inferior a 0,90. Así mismo la unidad llevará a cabo dos análisis de la adecuación de sus estancias haciendo uso de la Herramienta validada AEP. El primer corte se realizará dentro del primer semestre del año, elaborando un informe de un plan de actuación que incluya las medidas correctoras que disminuyan el porcentaje de estancias inadecuadas e ingresos inadecuados si también los hubiera. El segundo corte se efectuará en el último cuatrimestre del año. Tras éste, la Unidad realizará un informe que incluya el análisis comparativo de los dos cortes. Ambos informes junto al plan de actuación y evaluación de las estancias, serán remitidos a la Dirección Gerencia una vez realizados. **Índice de utilización de Estancias en el año 2008: 0,53**

Indicador: Índice de Utilización de Estancias.

Fórmula: Estancia media observada/ estancia media esperada bajo estándar andaluz. Realizar al menos dos evaluaciones mediante el AEP, más un plan de actuación tras cada uno de ellos, más un Informe final y envío de Informes a Dirección Gerencia.

Fuente: CMBDH/ Servicio de Calidad y Documentación Clínica y Unidad de Gestión Clínica

Metodología de Evaluación: Para el índice de utilización de estancias. CMBDH e Informe del Servicio de Calidad y Documentación Clínica. Para las evaluaciones mediante AEP: Presentación de las dos evaluaciones: Informe del Servicio de Calidad y Documentación Clínica con el resultado obtenido. Para el informe final y el envío de informes a la Dirección Gerencia: Copia de los envíos a la Dirección Gerencia. Existencia del Informe final e Informe del Director de la Unidad de Gestión Clínica con el resultado obtenido



Peso: 6 puntos

Límite Superior/Límite Inferior: 0,90/1. Presentación de al menos dos evaluaciones mediante AEP

ÁREA 6.- Orientación al Ciudadano, Satisfacción y Personalización de la Atención

Objetivo número 12. La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar se marca como objetivo para el año 2009 cumplir con el Índice sintético de Orientación al Ciudadano, Satisfacción y Personalización de la Atención. El Índice Sintético se calcula como media ponderada de los resultados obtenidos en cada indicador, según la fórmula: $(A+B)/2$, en función de los tramos de valoración y pesos asignados para cada indicador. **Peso:** 4

Subindicador A) Plan de Participación Ciudadana de la Unidad de Gestión Clínica con la Asociación Andaluza de Trasplantados de Pulmón “**A Pleno Pulmón**” con la que mantendrá al menos 2 reuniones anuales para detectar problemas y plantear mejoras de los mismos. La primera reunión se llevará a cabo dentro del **primer semestre del año** y la segunda en el **último cuatrimestre del año**. Se realizarán **dos informes**, el primero con la detección de los problemas y las mejoras que se van a llevar a cabo para dar solución a dichos problemas. El segundo informe se realizará tras la segunda reunión con la asociación para comprobar que las medidas puestas en marcha han servido para corregir los problemas.

Fórmula: Realización de dos reuniones con la asociación y emisión de dos informes dentro del período del año correspondiente.

Fuente: Servicio de Participación Ciudadana del Hospital/ Dirección de la Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar/ Responsable de la Asociación “A Pleno Pulmón”

Metodología de Evaluación: Presentación de los dos informes de las reuniones e Informe del Servicio de Atención Ciudadana del Hospital, del Responsable de la Asociación “A pleno pulmón” y del Director de la Unidad de Gestión Clínica con el resultado obtenido

Límite Superior/Límite Inferior: Si/No

Subindicador B) Disminución de la tasa de reclamaciones por motivos seleccionados: Trato inadecuado de los profesionales, falta de intimidad, falta de información y confidencialidad y demoras. Así mismo, la Unidad realzará un análisis de sus reclamaciones por motivos y llevará a cabo un plan de medidas para disminuirlas. El total de pacientes atendidos incluye la hospitalización y consultas externas.

Fórmula: N° de reclamaciones por los motivos seleccionados \times 1000 / Total de pacientes atendidos. Elaboración de informe con propuestas de mejora

Fuente: Servicio de Atención al Ciudadano/Informe de la Unidad de Gestión Clínica.

Metodología de Evaluación: Para la tasa de reclamaciones, explotación del registro de reclamaciones e informe del Responsable del Servicio de Atención al Ciudadano con el resultado obtenido. Para el análisis de reclamaciones por motivos y el plan de medidas para disminuirlas, presentación del documento e informe del Director de la Unidad de Gestión Clínica con el resultado obtenido

Límite Superior/Límite Inferior: 0%/1 %. Presentación de informe con propuestas de mejora



ÍNDICE SINTÉTICO DE OBJETIVOS DE ORIENTACIÓN AL CIUDADANO, SATISFACCIÓN Y PERSONALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN		
Plan de Participación Ciudadana	Reclamaciones	Función de Valor
CUMPLE	0 X 1000	10
NO CUMPLE	1 X 1.000	0
		Resultado
		Resultado obtenido
A	B	Resultado ponderado

5. Objetivos Específicos. Peso: 40%

Apelando a la autonomía y asunción de responsabilidades de la Unidad de Gestión Clínica, los objetivos específicos que forman parte del presente acuerdo deben ser propuestos por ella misma. La Unidad de Gestión Clínica conoce mejor que nadie cuáles son sus problemas y las soluciones a los mismos, por ello se plantea que sea ella misma quién elabore, partiendo de su situación actual y de su nivel de desarrollo, que intervenciones y que objetivos se propone alcanzar, tanto a nivel de procesos organizativos (flujos, agendas, coordinación, etc.....) como a nivel asistencial. Todo esto tendrá sentido si la finalidad de la Unidad se dirige a una población definida y cuando la organización de la unidad gire alrededor de las demandas de la población.

La UGC propondrá 4 objetivos concretos, basándose en un análisis de situación básico de la Unidad. Para cada uno de estos objetivos se deberá rellenar la ficha que aparece como Anexo I. Se hará una ficha por problema o aspecto mejorable. Por cada área estratégica puede haber 0, 1 ó más de 1 ficha, hasta un máximo total de 4 fichas, una para cada uno de los objetivos propuestos. La tarea es sencilla ya que la gran mayoría de las unidades tienen realizado su plan de gestión para los próximos años, a través de la evaluación que se ha realizado a sus cargos intermedios.

A modo de ejemplo, se relacionan una serie de áreas estratégicas sobre las que la Unidad puede reflexionar para configurar sus objetivos:

- ✓ Áreas Asistenciales (Área de Consultas, Área Quirúrgica, Área Diagnóstica, Área de Hospitalización)
- ✓ Área de Práctica Clínica y Resultados Clínicos
- ✓ Área de Procesos Asistenciales Integrados
- ✓ Área de Salud Pública
- ✓ Área de Calidad y Seguridad del Paciente
- ✓ Otras Áreas (Docencia, Investigación, Publicaciones, Acreditación en Calidad...)

Así mismo, la Unidad puede plantear objetivos en las Áreas descritas anteriormente en el apartado de Objetivos Guía/Objetivos Comunes, como:

- ✓ Capítulo I
- ✓ Capítulo II
- ✓ Accesibilidad
- ✓ Uso racional del Medicamento
- ✓ Orientación al Ciudadano, Satisfacción y Personalización de la Atención

Por último reseñar que la Unidad deberá cumplimentar el Anexo II del presente modelo de Acuerdo. Se trata de identificar aquellos Servicios y/o Unidades de Gestión Clínicas del Hospital, Centros de atención primaria, otros Hospitales y/o Empresas Públicas con los que es imprescindible llegar a acuerdos para poder conseguir los objetivos. **Se especificará el objetivo para el que es necesario cooperar con otras unidades.** En estos casos los objetivos serán compartidos y se firmará el Anexo II entre las partes implicadas en el objetivo donde quedará reflejado el compromiso de cada una. Por ello, es probable que el acuerdo de Gestión Clínica, vea incrementado el número final de objetivos que lo componen en uno o varios, en función de los objetivos compartidos que otras Unidades/Servicios identifiquen en sus acuerdos y que serán asignados a la Unidad.



AREA: RESULTADOS CLÍNICOS

Objetivo Específico número 1: La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar se marca como objetivo para el año 2009 Asegurar que la demora terapéutica en pacientes pendientes de intervención quirúrgica por **cáncer de pulmón no supera los 30 días**. Para ello es imprescindible que otros Servicios/Unidades del Hospital compartan este objetivo con la Unidad de Gestión. En concreto las Unidades de las que se necesita compromiso para el cumplimiento de este objetivo son. Servicio de Neumología, Unidad de Gestión Clínica de Medicina Nuclear, Servicio de Radiodiagnóstico

IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS O ASPECTOS MEJORABLES TANTO A NIVEL DE PROCESOS ORGANIZATIVOS (FLUJOS, AGENDAS, COORDINACIÓN,... ETC) COMO A NIVEL ASISTENCIAL.

Problema o aspecto a mejorar:

Mantener los resultados del indicador de la Unidad de Gestión

Datos e indicadores en los que se sustenta:

Demora terapéutica en pacientes pendientes de intervención quirúrgica por cáncer de pulmón no superior a 30 días

INTERVENCIONES CLÍNICAS Y ORGANIZATIVAS BASADAS EN EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y/O EMPÍRICAS, QUE PERMITAN MEJORAR EL PROBLEMA DETECTADO.

Enunciado de la intervención:

La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante pulmonar se marca como objetivo para el año 2009, que la demora terapéutica en pacientes pendientes de intervención quirúrgica por cáncer de pulmón no sea superior a 30 días

Razonamiento que justifica la intervención:

La accesibilidad

Resultados que se pretenden conseguir en el año 2.009:

Demora terapéutica en pacientes pendientes de intervención quirúrgica por cáncer de pulmón inferior a 30 días

Repercusiones económicas (Tanto en ahorro como en crecimiento de costes. Si no se sabe la cantidad, al menos indicar si van a crecer o decrecer los costes):

Disminución de los costes de la "no calidad"

Evaluación (indicadores):

Indicador: Demora terapéutica para pacientes pendientes de intervención quirúrgica por cáncer de pulmón

Fórmula: Numero de pacientes intervenidos de cáncer de pulmón antes de 30 días/ total de pacientes intervenidos de cáncer de pulmón

Fuente de información: AGD

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

Peso: 10

Límite Superior/Límite Inferior: menor o igual a 30 días/ más de 30 días



AREA: RESULTADOS CLÍNICOS

Objetivo Específico número 2: La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar se marca como objetivo para el año 2009 mantener sus resultados en los siguientes indicadores clínicos. Infección de la herida quirúrgica, reintervenciones, reingresos de pacientes intervenidos quirúrgicamente (excluyendo Neumotórax) y mortalidad por resección pulmonar

IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS O ASPECTOS MEJORABLES TANTO A NIVEL DE PROCESOS ORGANIZATIVOS (FLUJOS, AGENDAS, COORDINACIÓN,... ETC) COMO A NIVEL ASISTENCIAL.
<p>Problema o aspecto a mejorar: Mantener los resultados en indicadores clínicos de la Unidad de Gestión</p>
<p>Datos e indicadores en los que se sustenta: Infección de la herida quirúrgica Reintervenciones Reingresos (excluyendo Neumotórax) Mortalidad por resección pulmonar</p>
INTERVENCIONES CLÍNICAS Y ORGANIZATIVAS BASADAS EN EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y/O EMPÍRICAS, QUE PERMITAN MEJORAR EL PROBLEMA DETECTADO.
<p>Enunciado de la intervención: La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante pulmonar se marca como objetivo para el año 2009, mejorar los resultados de los indicadores clínicos y de seguridad : infección de la herida quirúrgica, reintervenciones, reingresos (excluyendo neumotórax) y mortalidad por resección pulmonar</p>
<p>Razonamiento que justifica la intervención: La Seguridad del paciente</p>
<p>Resultados que se pretenden conseguir en el año 2.009: Porcentaje de infección en herida quirúrgica no superior al 5% Porcentaje de reintervenciones no superior al 4% Porcentaje de reingresos de pacientes postquirúrgicos (excluyendo neumotórax) no superior al 3% Porcentaje de mortalidad por resección pulmonar no superior al 5%</p>
<p>Repercusiones económicas (Tanto en ahorro como en crecimiento de costes. Si no se sabe la cantidad, al menos indicar si van a crecer o decrecer los costes): Disminución de estancias Disminución de los costes de la "no calidad"</p>
<p>Evaluación (indicadores): El Índice Sintético se calcula como media ponderada de los resultados obtenidos en cada indicador, según la fórmula: $(A+B+C+D) / (p1+p2+p3+p4)$, en función de los tramos de valoración y pesos asignados para cada indicador. Peso: 5</p> <p>Indicador: Índice Sintético de Resultados Clínicos</p>



Subindicador A): Infección de Herida Quirúrgica.

Fórmula: Porcentaje de heridas quirúrgicas que se han infectado/total de intervenciones programadas de cirugía torácica

Fuente de información: Medicina Preventiva

Metodología de evaluación: Explotación del registro e informe del Servicio de Medicina Preventiva con el resultado obtenido

Límite Superior/Límite Inferior: <5%/>7%

Subindicador B) : Reintervenciones

Fórmula: Porcentaje de pacientes que se reintervienen/total de pacientes intervenidos quirúrgicamente

Fuente de información: CMBDH

Metodología de evaluación: Explotación del registro e informe del Servicio de calidad y documentación Clínica con el resultado Obtenido

Límite Superior/Límite Inferior:<4%/>5%

Subindicador C) Reingresos de pacientes intervenidos quirúrgicamente (excluyendo Neumotórax).

Fórmula: número de reingresos de pacientes intervenidos quirúrgicamente (excluyendo Neumotórax)/total de pacientes

Fuente de información: CMBD

Metodología de evaluación: explotación del registro e informe del Servicio de Calidad y Documentación Clínica con el resultado obtenido

Límite Superior/Límite Inferior:3%/5%

Subindicador D) Mortalidad por resección pulmonar

Fórmula: Número de pacientes fallecidos por resección pulmonar/total de pacientes intervenidos de resección pulmonar

Fuente de información: CMBDH

Metodología de evaluación: Explotación del registro e informe del Servicio de Calidad y Documentación clínica con el resultado obtenido

Límite Superior/Límite Inferior: 5%/6%

OBJETIVO ESPECÍFICO NÚMERO 1: ÍNDICE SINTÉTICO DE RESULTADOS CLÍNICOS				
Infección de la Herida Quirúrgica	Porcentaje de reintervenciones	Porcentaje de reingresos de pacientes intervenidos excluyendo neumotórax	Porcentaje de mortalidad en resección pulmonar	Función de Valor
<= 5	<= 4	<= 3	<= 5	10
> 5 - 5,22	> 4 - 4,11	> 3 - 3,22	> 5 - 5,11	9
> 5,22 - 5,44	> 4,11 - 4,22	> 3,22 - 3,44	> 5,11 - 5,22	8
> 5,44 - 5,67	> 4,22 - 4,33	> 3,44 - 3,67	> 5,22 - 5,33	7
> 5,67 - 5,89	> 4,33 - 4,44	> 3,67 - 3,89	> 5,33 - 5,44	6
> 5,89 - 6,11	> 4,44 - 4,56	> 3,89 - 4,11	> 5,44 - 5,56	5
> 6,11 - 6,33	> 4,56 - 4,67	> 4,11 - 4,33	> 5,56 - 5,67	4
> 6,33 - 6,56	> 4,67 - 4,78	> 4,33 - 4,56	> 5,67 - 5,78	3
> 6,56 - 6,78	> 4,78 - 4,89	> 4,56 - 4,78	> 5,78 - 5,89	2
> 6,78 - 7	> 4,89 - 5	> 4,78 - 5	> 5,89 - 6	1
> 7	> 5	> 5	> 6	0
P1=1	P2=1	P3=1	P4=1	Peso relativo
				Resultado
				Resultado obtenido
A	B	C	D	Resultado ponderado



AREA: MEJORA DE LA ATENCIÓN

Objetivo Específico número 3: La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar se marca como objetivo para el año 2009 mejorar la atención prestada a los pacientes y su familia. Para ello monitorizará a través de un índice sintético los siguientes indicadores: Informe de continuidad de cuidados, porcentaje de respuesta de encuesta de satisfacción, plan de atención al cuidador principal y porcentaje de aplicación del plan de atención al cuidador principal de pacientes de pretrasplante y trasplante pulmonar

IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS O ASPECTOS MEJORABLES TANTO A NIVEL DE PROCESOS ORGANIZATIVOS (FLUJOS, AGENDAS, COORDINACIÓN,... ETC) COMO A NIVEL ASISTENCIAL.
<p>Problema o aspecto a mejorar:</p> <p>Continuar en la línea de mejora de la atención prestada a los pacientes y familiares de la Unidad</p>
<p>Datos e indicadores en los que se sustenta:</p> <p>Porcentaje de informe de continuidad de cuidados Porcentaje de respuesta de la encuesta de satisfacción Plan de actuación al cuidador principal de pacientes de pretrasplante y trasplante pulmonar</p>
INTERVENCIONES CLÍNICAS Y ORGANIZATIVAS BASADAS EN EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y/O EMPÍRICAS, QUE PERMITAN MEJORAR EL PROBLEMA DETECTADO.
<p>Enunciado de la intervención:</p> <p>Mejorar la atención prestada a los pacientes y su familia. Para ello monitorizará a través de un índice sintético los siguientes indicadores: Informe de continuidad de cuidados, porcentaje de respuesta de encuesta de satisfacción, plan de atención al cuidador principal y porcentaje de aplicación del plan de atención al cuidador principal de pacientes de pretrasplante y trasplante pulmonar</p>
<p>Razonamiento que justifica la intervención:</p> <p>Uno de las mayores preocupaciones de los profesionales que componen la Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante pulmonar es la personalización y humanización de la atención al paciente y a su familia; por ello, consideramos necesario incluir en nuestro acuerdo del año 2009 objetivos que tengan que ver con la satisfacción de las expectativas de los usuarios y con el cumplimiento de sus derechos.</p>
<p>Aspectos más relevantes de la intervención (actividades y procedimientos a desarrollar, cronograma y responsable de su desarrollo e implantación):</p> <p>Para el año 2009, se elaborará el plan de atención al cuidador principal de pacientes en pretrasplante y trasplante pulmonar. El plan se elaborará durante el primer semestre del año 2009 y en diciembre de 2009 se evaluará el segundo semestre para comprobar el grado de implantación del mismo.</p>
<p>Resultados que se pretenden conseguir en el año 2.009:</p> <p>Porcentaje de informe de continuidad de cuidados:75% Porcentaje de encuesta de satisfacción: 30% Elaboración del plan de atención al cuidador principal del paciente en pretrasplante y trasplante pulmonar Aplicación del plan de atención al cuidador principal del paciente en pretrasplante y trasplante pulmonar:50%</p>
<p>Repercusiones económicas (Tanto en ahorro como en crecimiento de costes. Si no se sabe la</p>



cantidad, al menos indicar si van a crecer o decrecer los costes):

Estimamos que el objetivo no afecta a los costes

Evaluación (indicadores):

El Índice Sintético se calcula como media ponderada de los resultados obtenidos en cada indicador, según la fórmula: $(A+B+C+D) / (p1+p2+p3+p4)$, en función de los tramos de valoración y pesos asignados para cada indicador. Peso: 5

Indicador: Índice sintético de mejora de la atención.

Subindicador A): Informe de continuidad de cuidados

Fórmula: nº de pacientes ingresados en la Unidad de cirugía torácica con informe de continuidad de cuidados/total de pacientes dados de alta en la unidad de cirugía torácica

Fuente de información: AZAHAR

Metodología de evaluación: Explotación del registro e informe de la Dirección de Enfermería con el resultado obtenido

Límite Superior/límite Inferior: 75%/55%

Subindicador B) Porcentaje de encuestas de satisfacción

Fórmula: Numero de encuestas contestadas por pacientes de la Unidad de Cirugía Torácica/total de pacientes dados de alta en la Unidad

Fuente de Información: Servicio de Atención al Ciudadano

Metodología de evaluación: Explotación del registro e informe del Servicio de Atención al Ciudadano con el resultado obtenido

Subindicador C): Plan de atención al cuidador principal de paciente de pretrasplante y trasplante pulmonar.

Fórmula. No aplica

Fuente de información: Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar

Metodología de evaluación: existencia del plan, realizado en el primer semestre del año e informe del Director de la Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y trasplante pulmonar con el resultado obtenido

Límite Superior/límite inferior. Si/No

Subindicador D) Aplicación de plan de atención al cuidador principal de pacientes de pretrasplante y trasplante pulmonar

Fórmula: numero de cuidadores principales de pacientes de pretrasplante y trasplante pulmonar a los que se les ha realizado el plan/total de pacientes de pretrasplante y trasplante pulmonar

Fuente de información: Registro propio de la Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar



Metodología de evaluación: Explotación del registro propio en el segundo semestre del año e informe del Director de la Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y trasplante pulmonar con el resultado obtenido

Límite Superior/límite inferior. Si/No

Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:

Disponibilidad de encuestas para poder entregarlas al personal de Enfermería

ÍNDICE SINTÉTICO DE MEJORA DE LA ATENCIÓN				
Informe de continuidad de cuidados	Porcentaje de encuestas de satisfacción	Elaboración del plan de atención al cuidador principal de pacientes en pretrasplante y trasplante (en el primer semestre del año)	Porcentaje de cuidadores principales de pacientes de pretrasplante y trasplantes a los que se les ha aplicado el plan de atención al cuidador principal (se medirá el segundo semestre del año)	Función de Valor
>= 75	>= 30	si	>= 50	10
< 75 - 72,78	< 30 - 29,44		< 50 - 47,78	9
< 72,78 - 70,56	< 29,44 - 28,89		< 47,78 - 45,56	8
< 70,56 - 68,33	< 28,89 - 28,33		< 45,56 - 43,33	7
< 68,33 - 66,11	< 28,33 - 27,78		< 43,33 - 41,11	6
< 66,11 - 63,89	< 27,78 - 27,22		< 41,11 - 38,89	5
< 63,89 - 61,67	< 27,22 - 26,67		< 38,89 - 36,67	4
< 61,67 - 59,44	< 26,67 - 26,11		< 36,67 - 34,44	3
< 59,44 - 57,22	< 26,11 - 25,56		< 34,44 - 32,22	2
< 57,22 - 55	< 25,56 - 25		< 32,22 - 30	1
< 55	< 25	no	< 30	0
P1=1	P2=1	P3=1	P4=1	Peso relativo
				Resultado
				Resultado obtenido
A	B	C	D	Resultado ponderado



AREA: SEGURIDAD DEL PACIENTE

Objetivo Específico número 4: La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar se marca como objetivo para el año 2009 mejorar su Plan de Seguridad implantado en el año 2007. Para ello monitorizará a través de un índice sintético los siguientes indicadores: Ampliación del plan de seguridad a toda la trayectoria de los pacientes, aplicación del check list.

IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS O ASPECTOS MEJORABLES TANTO A NIVEL DE PROCESOS ORGANIZATIVOS (FLUJOS, AGENDAS, COORDINACIÓN,... ETC) COMO A NIVEL ASISTENCIAL.
<p>Problema o aspecto a mejorar: La Seguridad del Paciente</p>
<p>Datos e indicadores en los que se sustenta: Reducción de hasta un 40% de la mortalidad en pacientes quirúrgicos</p>
INTERVENCIONES CLÍNICAS Y ORGANIZATIVAS BASADAS EN EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y/O EMPÍRICAS, QUE PERMITAN MEJORAR EL PROBLEMA DETECTADO.
<p>Enunciado de la intervención:</p> <p>Mejorar el Plan de Seguridad implantado en el año 2007. Para ello monitorizará a través de un índice sintético los siguientes indicadores: Ampliación del plan de seguridad a toda la trayectoria de los pacientes, aplicación del check list.</p>
<p>Razonamiento que justifica la intervención: Seguridad del paciente</p>
<p>Aspectos más relevantes de la intervención (actividades y procedimientos a desarrollar, cronograma y responsable de su desarrollo e implantación): Constituir un grupo de trabajo en la Unidad para identificar las posibles situaciones que pueden ocasionar un acontecimiento adverso. Listar las actuaciones preventivas a llevar a cabo Completar el plan de seguridad con la trayectoria del paciente Completar check-list con las actuaciones "no-quirúrgicas" Evaluar el grado de aplicación del check-list</p>
<p>Resultados que se pretenden conseguir en el año 2.009: Ampliar Plan de Seguridad Ampliar Check-list Evaluar grado de aplicación de Check-list Obtener conclusiones de la aplicación del Plan de Seguridad</p>
<p>Repercusiones económicas (Tanto en ahorro como en crecimiento de costes. Si no se sabe la cantidad, al menos indicar si van a crecer o decrecer los costes): Reducción de los costes de "no calidad"</p>
<p>Evaluación (indicadores): . El cálculo del Índice Sintético de Prescripción se realizará aplicando los tramos de valoración especificados para cada indicador en la tabla siguiente, siendo el resultado final el resultante de (A+B)/ (p1+p2). Peso: 5</p> <p>Indicador: Índice Sintético de Seguridad del Paciente</p> <p style="text-align: center;">Subindicador A) Ampliación del plan de seguridad a toda la trayectoria del paciente</p>



Fórmula: No aplica

Fuente de información: Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar

Metodología de evaluación: Existencia del documento actualizado + Check-list e informe del Director de la Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar con el resultado obtenido

Límite Superior/Límite Inferior: Si/No

Subindicador B) Aplicación del Check-list

Fórmula: Número de pacientes de cirugía torácica a los que se les ha aplicado el check-list/total de paciente intervenidos de cirugía torácica

Fuente de información: Historia Clínica

Metodología de evaluación: Auditoría de Historias clínicas e informe del Director de la Unidad de Gestión Clínica de cirugía torácica y trasplante pulmonar con el resultado obtenido.

Límite Superior/Límite inferior: 95%/90%

Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:

Equipo de profesionales de la Unidad de Gestión clínica

NDICE SINTÉTICO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		
Ampliación del plan de seguridad a toda la trayectoria del paciente	Aplicación del check-list	Función de Valor
Existencia del documento actualizado Ampliación del check-list	> = 95	10
	< 95 - 94,44	9
	< 94,44 - 93,89	8
	< 93,89 - 93,33	7
	< 93,33 - 92,78	6
	< 92,78 - 92,22	5
	< 92,22 - 91,67	4
	< 91,67 - 91,11	3
	< 91,11 - 90,56	2
	< 90,56 - 90	1
No	< 90	0
p1=1	P2=1	Peso relativo
		Resultado
		Resultado obtenido
A	B	Resultado ponderado



AREA: VARIABILIDAD DE LA PRÁCTICA CLÍNICA

Objetivo Específico número 5: La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar se marca como objetivo para el año 2009 disminuir la variabilidad en su práctica clínica, implementando la Guía Clínica del Neumotórax.

IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS O ASPECTOS MEJORABLES TANTO A NIVEL DE PROCESOS ORGANIZATIVOS (FLUJOS, AGENDAS, COORDINACIÓN,... ETC) COMO A NIVEL ASISTENCIAL.
Problema o aspecto a mejorar: Reducir la variabilidad de la práctica clínica
INTERVENCIONES CLÍNICAS Y ORGANIZATIVAS BASADAS EN EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y/O EMPÍRICAS, QUE PERMITAN MEJORAR EL PROBLEMA DETECTADO.
Enunciado de la intervención: Implementar la Guía Clínica de Neumotórax
Razonamiento que justifica la intervención: La disminución de la variabilidad y la seguridad del paciente
Aspectos más relevantes de la intervención (actividades y procedimientos a desarrollar, cronograma y responsable de su desarrollo e implantación):
Resultados que se pretenden conseguir en el año 2.009: Implementar la guía y evaluar su grado de aplicación.
Repercusiones económicas (Tanto en ahorro como en crecimiento de costes. Si no se sabe la cantidad, al menos indicar si van a crecer o decrecer los costes): Incremento de la eficiencia Disminución de los costes de "no calidad"
Evaluación (indicadores): Indicador. "Guía Clínica del Neumotórax"
Fórmula: No aplica
Fuente de información: Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar
Metodología de evaluación: Existencia de la Guía Clínica de Neumotórax implementada en la Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar e Informe del Director de la Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar con el resultado obtenido
Peso: 5
Límite Superior/Límite Inferior: SI/No
Necesidades para poder llevar a cabo la intervención: El equipo de profesionales de la Unidad de Gestión Clínica



AREA: PROFESIONALES

Objetivo Específico número 6: La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar se marca como objetivo para el año 2009 llevar a cabo sesiones conjuntas de actualización de conocimientos en temas relevantes para la Unidad

IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS O ASPECTOS MEJORABLES TANTO A NIVEL DE PROCESOS ORGANIZATIVOS (FLUJOS, AGENDAS, COORDINACIÓN,... ETC) COMO A NIVEL ASISTENCIAL.
<p>Problema o aspecto a mejorar: Reducir la variabilidad de la práctica clínica Incrementar el conocimiento de los profesionales de la Unidad</p>
INTERVENCIONES CLÍNICAS Y ORGANIZATIVAS BASADAS EN EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y/O EMPÍRICAS, QUE PERMITAN MEJORAR EL PROBLEMA DETECTADO.
<p>Enunciado de la intervención: Llevar a cabo sesiones conjuntas de actualización de conocimientos en temas relevantes para la Unidad</p>
<p>Razonamiento que justifica la intervención: La disminución de la variabilidad y la seguridad del paciente La formación continuada de los profesionales de la unidad El trabajo en equipo de todos los miembros de la Unidad</p>
<p>Aspectos más relevantes de la intervención (actividades y procedimientos a desarrollar, cronograma y responsable de su desarrollo e implantación): Se establecerá un cronograma con los temas a tratar y los profesionales que impartirán la formación. El Director y la Supervisora de la Unidad expedirán informes a todos los profesionales de la Unidad que acudan a las distintas sesiones de formación. Estos informes les serán de utilidad para la Acreditación de Competencias Profesionales Se levantará acta de cada sesión con la firma de los profesionales que asisten para dejar evidencia documental de la realización de las mismas.</p>
<p>Resultados que se pretenden conseguir en el año 2.009: Disminuir la variabilidad en las actuaciones de los profesionales que componen la unidad. Mejorar la formación de los profesionales de la unidad Establecer alianzas entre los profesionales de la Unidad mejorando el trabajo en equipo Mejorar la satisfacción de los profesionales de la Unidad Mejorar la motivación de los profesionales de la Unidad Incrementar el sentido de pertenencia de los profesionales a la Unidad</p>
<p>Repercusiones económicas (Tanto en ahorro como en crecimiento de costes. Si no se sabe la cantidad, al menos indicar si van a crecer o decrecer los costes): Incremento de la eficiencia Disminución de los costes de "no calidad"</p>
<p>Evaluación (indicadores): Indicador. Sesiones conjuntas de actualización de conocimientos Fórmula: numero de sesiones igual o superior a 6 Fuente de información: Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar Metodología de evaluación: Existencia de las actas de las sesiones, cronograma de realización, temas tratados e Informe del Director de la Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar con el resultado obtenido Peso: 5 Límite Superior/Límite Inferior: 6/5</p>
<p>Necesidades para poder llevar a cabo la intervención: El equipo de profesionales de la Unidad de Gestión Clínica</p>



AREA: VARIABILIDAD DE LA PRÁCTICA CLÍNICA

Objetivo Específico número 7: La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar se marca como objetivo para el año 2009 actualizar el Protocolo de Trasplante Pulmonar

IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS O ASPECTOS MEJORABLES TANTO A NIVEL DE PROCESOS ORGANIZATIVOS (FLUJOS, AGENDAS, COORDINACIÓN,... ETC) COMO A NIVEL ASISTENCIAL.
<p>Problema o aspecto a mejorar: Reducir la variabilidad de la práctica clínica</p>
INTERVENCIONES CLÍNICAS Y ORGANIZATIVAS BASADAS EN EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y/O EMPÍRICAS, QUE PERMITAN MEJORAR EL PROBLEMA DETECTADO.
<p>Enunciado de la intervención: Actualización del Protocolo de Trasplante Pulmonar</p>
<p>Razonamiento que justifica la intervención: La disminución de la variabilidad y la seguridad del paciente El trabajo en equipo de los profesionales que participan en el Protocolo de Trasplante Pulmonar</p>
<p>Resultados que se pretenden conseguir en el año 2.009: Disminuir la variabilidad en las actuaciones de los profesionales que componen la unidad. Mejorar la formación de los profesionales de la unidad Establecer alianzas entre los profesionales mejorando el trabajo en equipo</p>
<p>Repercusiones económicas (Tanto en ahorro como en crecimiento de costes. Si no se sabe la cantidad, al menos indicar si van a crecer o decrecer los costes): Incremento de la eficiencia Disminución de los costes de "no calidad"</p>
<p>Evaluación (indicadores):</p> <p>Indicador. Actualización del Protocolo de trasplante pulmonar</p> <p>Fórmula: No aplica</p> <p>Fuente de información: Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar</p> <p>Metodología de evaluación: Existencia de las actas de las reuniones, presentación del Protocolo de trasplante pulmonar actualizado e Informe del Director de la Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar con el resultado obtenido</p> <p>Peso: 5</p> <p>Límite Superior/Límite Inferior: Si/No</p>
<p>Necesidades para poder llevar a cabo la intervención: El equipo de profesionales de la Unidad de Gestión Clínica y de Trasplante Pulmonar</p>

6. TABLA RESUMEN DE OBJETIVOS AÑO 2009

Dimensión Ponderación	Nº	Nombre del Indicador	Fórmula del indicador	Fuente de Información	Metodología de evaluación	Peso	Límite Superior	Límite Inferior	Objetivo compartido con:
Área 1 Capítulo I	1	Cumplimiento del presupuesto asignado	Gasto en CAPII del Servicio / Presupuesto asignado	Gerhonte	Explotación del Sistema de Información e Informe de la Dirección Económica con el resultado obtenido	3	Si cumple	No cumple	
	2	Absentismo	Días de absentismo *100/Días de trabajo potenciales	Gerhonte	Explotación del Sistema de Información e Informe de la Dirección de Personal con el resultado obtenido	3	4,5%	6,5%	
Área 2. Capítulo II y IV	3	Cumplimiento del presupuesto asignado	Gasto en los conceptos incluidos en la tabla/total presupuesto asignado	Coanh	Explotación del Sistema de Información e Informe de la Dirección Económica con el resultado obtenido	6	0%	4%	
Área 3. Accesibilidad	4	Demora AGD Índice sintético LEQ	Pacientes incluidos en AGD que se intervienen en plazo previsto x100/nº total de pacientes registrados en AGD	AGD	Explotación del Sistema de Información e Informe con el resultado obtenido	20	10	0	Servicio de Anestesia Área Quirúrgica
	5	Incremento del rendimiento del quirófano	Incremento en el número de intervenciones en sesiones ordinarias de quirófano	SSII	Explotación del Sistema de Información e Informe con el resultado obtenido	6	1,90	1,83	Servicio de Anestesia Servicio Área Quirúrgica
	6	Demora en primeras consultas	Media de los 52 valores semanales obtenidos en función del cuadro del indicador.	INFHOS	Explotación del Sistema de Información e Informe con el resultado obtenido	3	20días	60días	
	7	Gestión de citas de consultas sucesivas	Nº consultas sucesivas dadas por el servicio/total consultas sucesivas x 100	Diraya	Explotación del Sistema de Información e Informe con el resultado obtenido	3	95%	80%	

Dimensión Ponderación	Nº	Nombre del Indicador	Fórmula del indicador	Fuente de Información	Metodología de evaluación	Peso	Límite Superior	Límite Inferior	Objetivo compartido con:
Área 4. Uso Racional del Medicamento	8	Índice Sintético de Prescripción %Principio Activo + %NTNR	Índice sintético de prescripción	Farma	Explotación del Sistema de Información e Informe de Farmacia con el resultado obtenido	2	10	0	
	9	Desviación en consumo interno de los fármacos	Consumo 2009/Consumo 2008 x 100	Farma	Explotación del Sistema de Información e Informe de Farmacia con el resultado obtenido	2	0%	4%	
	10	Prescripción DDDs de Omeprazol respecto al total de inhibidores de la bomba de protones	Nº de DDDs de Omeprazol x 100 /total de inhibidores de la bomba de protones	Farma	Explotación del Sistema de Información e Informe de Farmacia con el resultado obtenido	2	85%	80%	
Área 5. Hospitalización	11	Índice de utilización de estancias	Fórmula índice de utilización de estancias	CMBD	Explotación del Sistema de Información e Informe del Servicio de Calidad y Documentación Clínica con el resultado obtenido Informes de realización de AEP con plan de actuación (Completar)	6	0,90	1	
Área 6. Orientación a ciudadanos y medida de la satisfacción	12	Índice sintético de orientación al ciudadano	Ver tabla	Servicio de Atención al Ciudadano	Resultado del Índice sintético e Informe del responsable de la Unidad de Atención al Ciudadano y del Servicio de Participación Ciudadana	4	10	0	Servicio de Atención Ciudadana

Dimensión Ponderación	Nº	Nombre del Indicador	Fórmula del indicador	Fuente de Información	Metodología de evaluación	Peso	Límite Superior	Límite Inferior	Objetivo compartido con:
ESPECIFICOS	1	Demora Terapéutica pacientes Cáncer de Pulmón	Pacientes intervenidos de cáncer de pulmón antes de 30 días total de pacientes intervenidos de cáncer de pulmón	CMBD	Explotación del Registro e Informe del Servicio de Calidad y Documentación Clínica con el resultado obtenido	10	≤30 días	≥ 30 días	Servicio de Anestesia Unidad de Gestión clínica de Medicina Nuclear Servicio de Radiodiagnóstico Servicio de Neumología
	2	Índice Sintético de Resultados Clínicos	Ver tabla del índice sintético	Medicina Preventiva CMBD	Informe de Medicina Preventiva para el indicador de infección de herida quirúrgica Informe del Servicio de Calidad y Documentación Clínica para los indicadores de reintervenciones, reingresos (excluyendo neumotórax) y mortalidad en resección pulmonar	5	10	0	

Dimensión Ponderación	Nº	Nombre del Indicador	Fórmula del indicador	Fuente de Información	Metodología de evaluación	Peso	Límite Superior	Límite Inferior	Objetivo compartido con:
	3	Índice Sintético de Mejora de la Atención	Ver tabla	AZAHAR Servicio de Atención al Ciudadano Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y trasplante Pulmonar	Informe de la Subdirección de Enfermería con el resultado obtenido para el informe de continuidad de cuidados Informe del responsable del Servicio de Atención al Ciudadano para el porcentaje de encuestas autocumplimentadas Informe del Director y de la Supervisora de la Unidad de Gestión Clínica para el procedimiento de atención al cuidador	5	10	0	
	4	Índice Sintético de Seguridad del Paciente	Ver tabla	Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar	Ampliación del plan de seguridad a la trayectoria del paciente Existencia del documento Auditoría de Historias Clínicas para la comprobación de la aplicación del Check – list e informe del Director de la Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar con el resultado Obtenido	5	Si	No	

Dimensión Ponderación	Nº	Nombre del Indicador	Fórmula del indicador	Fuente de Información	Metodología de evaluación	Peso	Límite Superior	Límite Inferior	Objetivo compartido con:
	5	Implementación de la Guía Clínica de Neumotórax	No aplica	Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar	Existencia del documento en informe del Director de la Unidad de Gestión Clínica con el resultado obtenido	5	Si	No	
	6	Sesiones Conjuntas de Formación	Número de sesiones de actualización de conocimientos igual o superior a 6	Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y trasplante Pulmonar	Cronograma de las sesiones Actas de las reuniones Informe del Director de la Unidad con el resultado Obtenido	5	6	5	
	7	Actualización del Protocolo de Trasplante Pulmonar	No aplica	Unidad de Gestión Clínica	Existencia del documento e informe del Director de la Unidad con el resultado obtenido	5	Si	No	Servicio de Anestesia Servicio de Rehabilitación Unidad de Cuidados Intensivos Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades Infecciosas

7. TABLA RESUMEN DE OBJETIVOS AÑO 2009 CON SU FUNCIÓN DE VALOR

OBJETIVOS COMUNES

OBJETIVO Nº 1	OBJETIVO Nº 2	OBJETIVO Nº 3	OBJETIVO Nº 4	OBJETIVO Nº 5	Función de Valor
Capítulo I	Absentismo	Capítulo II y IV	Índice sintético LEQ	Incremento del rendimiento del quirófano	
SI CUMPLE	<=4,5	<= 0	10	>= 1,9	10
	4,6 - 4,7	> 0 - 0,44	9	< 1,9 - 1,89	9
	4,8 - 4,9	> 0,44 - 0,89	8	< 1,89 - 1,88	8
	5,0 - 5,1	> 0,89 - 1,33	7	< 1,88 - 1,88	7
	5,2 - 5,3	> 1,33 - 1,78	6	< 1,88 - 1,87	6
	5,4 - 5,5	> 1,78 - 2,22	5	< 1,87 - 1,86	5
	5,6 - 5,7	> 2,22 - 2,67	4	< 1,86 - 1,85	4
	5,8 - 5,9	> 2,67 - 3,11	3	< 1,85 - 1,85	3
	6,0 - 6,1	> 3,11 - 3,56	2	< 1,85 - 1,84	2
	6,2 - 6,4	> 3,56 - 4	1	< 1,84 - 1,83	1
NO CUMPLE	>=6,5	> 4	0	< 1,83	0
3	3	6	20	6	Peso relativo
					Resultado
					Resultado obtenido
					Resultado ponderado

OBJETIVO Nº 6	OBJETIVO Nº 7	OBJETIVO Nº 8	OBJETIVO Nº 9	OBJETIVO Nº. 10	Función de Valor
Demora en primeras consultas	Gestión de citas de consultas sucesivas	Índice sintético de prescripción (%principio activo + % NTNR)	Desviación en consumo interno de los fármacos	Prescripción DDDs de omeprazol respecto al total de inhibidores de la bomba de protones	
<= 20 días	>=95%	10	<= 0	>= 85	10
21-25	93-94	9	> 0 - 0,44	< 85 - 84,44	9
26-30	91-92	8	> 0,44 - 0,89	< 84,44 - 83,89	8
31-33	89-90	7	> 0,89 - 1,33	< 83,89 - 83,33	7
34-36	87-88	6	> 1,33 - 1,78	< 83,33 - 82,78	6
37-39	85-86	5	> 1,78 - 2,22	< 82,78 - 82,22	5
40-45	83-84	4	> 2,22 - 2,67	< 82,22 - 81,67	4
46-50	82	3	> 2,67 - 3,11	< 81,67 - 81,11	3
51-55	81	2	> 3,11 - 3,56	< 81,11 - 80,56	2
55-60	80	1	> 3,56 - 4	< 80,56 - 80	1
>60 días	<80	0	> 4	< 80	0
3	3	2	2	2	Peso relativo
					Resultado
					Resultado obtenido
					Resultado ponderado

OBJETIVO Nº 11	OBJETIVO Nº 12	Función de Valor
Índice de utilización de estancias (+ AEP)	Índice Sintético de Objetivos de Orientación al Ciudadano, Satisfacción y Mejora de la Atención:	
<= 0,9	10	10
0,9 - 0,91	9	9
0,91 - 0,92	8	8
0,92 - 0,93	7	7
0,93 - 0,94	6	6
>0,94 - 0,96	5	5
0,96 - 0,97	4	4
0,97 - 0,98	3	3
>0,98 - 0,99	2	2
>0,99 - 1	1	1
> 1	0	0
6	4	Peso relativo
		Resultado
		Resultado obtenido
		Resultado ponderado

TABLA RESUMEN DE OBJETIVOS AÑO 2009 CON SU FUNCIÓN DE VALOR

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

OBJETIVO Nº 1	OBJETIVO Nº 2	OBJETIVO Nº 3	OBJETIVO Nº 4	OBJETIVO Nº 5	OBJETIVO Nº 6	OBJETIVO Nº 7	Función de Valor
Demora pacientes cáncer de pulmón	Índice sintético de Resultados Clínicos	Índice Sintético de Mejora de la Atención	Índice Sintético de Seguridad del Paciente	Implementación de la Guía de Neumotórax	Sesiones Conjuntas de Formación	Actualización del Protocolo de Trasplante Pulmonar	
CUMPLE SI Menor 30 días	10	10	10	SI	6	SI	10
	9	9	9				9
	8	8	8				8
	7	7	7				7
	6	6	6				6
	5	5	5				5
	4	4	4				4
	3	3	3				3
	2	2	2				2
	1	1	1				1
NO CUMPLE Mayor de 30 días	0	0	0	NO	5	NO	0
10	5	5	5	5	5	5	Peso relativo
							Resultado
							Resultado obtenido
							Resultado ponderado



ANEXO I AL ACUERDO DE GESTIÓN CLÍNICA

2009

Relaciones con otros servicios o unidades del hospital, centros de atención primaria otros Hospitales Públicos o de las empresas públicas imprescindibles para conseguir los objetivos.



Servicio de Anestesia:

Objetivo compartido: Específico número 1 “Demora Terapéutica en pacientes con Cáncer de Pulmón”

Indicador: Demora terapéutica para pacientes pendientes de intervención quirúrgica por cáncer de pulmón

Fórmula: Número de pacientes intervenidos de cáncer de pulmón antes de 30 días/ total de pacientes intervenidos de cáncer de pulmón

Fuente de información: AGD

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

Límite Superior/Límite Inferior: menor o igual a 30 días/ más de 30 días

Servicio de Radiodiagnóstico

Objetivo compartido: Específico número 1 “Demora Terapéutica en pacientes con Cáncer de Pulmón”

Indicador: Demora terapéutica para pacientes pendientes de intervención quirúrgica por cáncer de pulmón

Fórmula: Número de pacientes intervenidos de cáncer de pulmón antes de 30 días/ total de pacientes intervenidos de cáncer de pulmón

Fuente de información: AGD

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

Límite Superior/Límite Inferior: menor o igual a 30 días/ más de 30 días

Unidad de Gestión Clínica de Medicina Nuclear

Objetivo compartido: Específico número 1 “Demora Terapéutica en pacientes con Cáncer de Pulmón”

Indicador: Demora terapéutica para pacientes pendientes de intervención quirúrgica por cáncer de pulmón



Fórmula: Número de pacientes intervenidos de cáncer de pulmón antes de 30 días/ total de pacientes intervenidos de cáncer de pulmón

Fuente de información: AGD

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

Límite Superior/Límite Inferior: menor o igual a 30 días/ más de 30 días

Servicio de Neumología

Objetivo compartido: Específico número 1 “Demora Terapéutica en pacientes con Cáncer de Pulmón”

Indicador: Demora terapéutica para pacientes pendientes de intervención quirúrgica por cáncer de pulmón

Fórmula: Número de pacientes intervenidos de cáncer de pulmón antes de 30 días/ total de pacientes intervenidos de cáncer de pulmón

Fuente de información: AGD

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

Límite Superior/Límite Inferior: menor o igual a 30 días/ más de 30 días