



Servicio Andaluz de Salud
PLAN ESTRATÉGICO

Haciendo Gestión Clínica en Atención Primaria

DOCUMENTO DE TRABAJO

Edita
© Servicio Andaluz de Salud
Consejería de Salud. Junta de Andalucía
Avenida de la Constitución, 18
41071 Sevilla
Tel: 955 018 000, fax: 955 018 025
www.sas.junta-andalucia.es

Diseño y producción
Manigua s.l.

Impresión
Proyecto Sur de Ediciones s.l.

ISBN: 84-89704-81-3
Depósito legal: Gr 801-2000



Servicio Andaluz de Salud
PLAN ESTRATÉGICO

Haciendo Gestión Clínica en Atención Primaria

DOCUMENTO DE TRABAJO



Servicio Andaluz de Salud
Subdirección de Asistencia Primaria y Comunitaria

Índice

Gestión Clínica es...

7

Introducción

9

Un ejemplo

13

Gestión Clínica para...

17

El desarrollo del profesional

19

El desarrollo de las Unidades Clínicas

21

Limitaciones

23

Sumario

25

Guía para hacer Gestión Clínica

27

Ingresos

31

Costes

41

Objetivos Asistenciales

51

Autonomía

59

Gestión Clínica

es... 

Introducción

Antecedentes

En un período muy corto de tiempo, la gestión clínica ha surgido con fuerza como un concepto capaz de resolver, por su aplicación en la práctica clínica cotidiana, el problema de la dimensión social de la calidad, es decir, de la adecuada toma de decisiones clínicas entre varias opciones alternativas, para la consecución de resultados seguros, buenos y liberadores de recursos para su utilización en otras funciones de atención a los pacientes y sus problemas de salud.

Existen, sin embargo, diversas formas de entender este concepto, lógicamente en relación directa con la finalidad que se quiera alcanzar.

Por lo tanto, cualquier diseño de un método sencillo, práctico y útil en lo cotidiano para “hacer” gestión clínica, deberá definir previamente el concepto de gestión clínica que pretende abordar y el ámbito organizativo en el que puede aplicarse.

Esta Guía quiere ser una herramienta útil a los profesionales interesados en la mejora de todas las áreas de relación con sus usuarios y sus problemas de salud, y en un entorno organizativo concreto: su Unidad Clínica.

Gestión clínica es...

Todas las actuaciones conscientes de mejora que emprende un equipo clínico sobre el conjunto de procesos implicados en las decisiones que se producen al relacionarse con sus pacientes.

Todo proceso de rediseño organizativo cuyo objetivo sea incorporar al profesional sanitario en la gestión de los recursos utilizados en su propia práctica.

Por lo tanto, aunque las podamos considerar necesarias, esta Guía no estima suficiente el cumplimiento de algunas condiciones, que habitualmente, son consideradas por sí solas como gestión clínica. A saber:

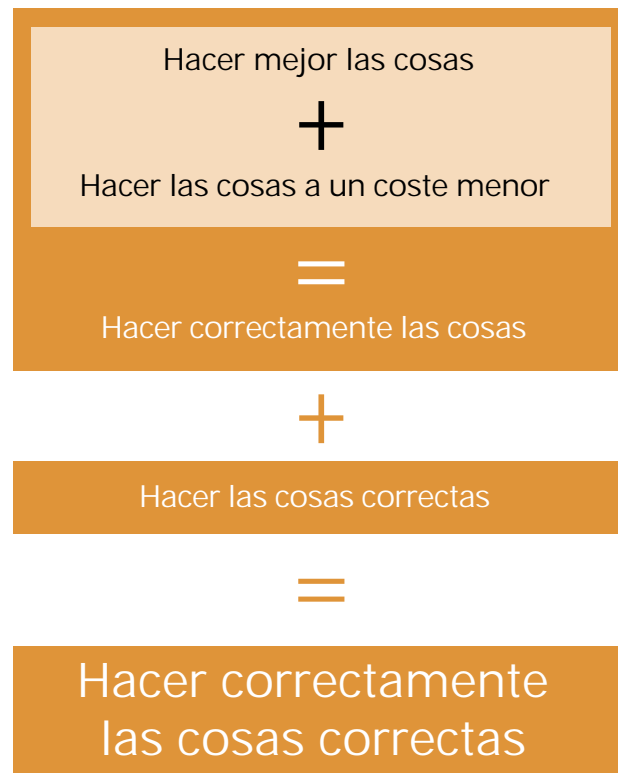
- La aplicación al diagnóstico de la evidencia científica, si no se acompaña de la experiencia individual del clínico para identificar también las preferencias y voluntades de sus pacientes.
- La mejora de los resultados a través de una disminución de los costes: asegurando que la asistencia se preste durante el tiempo más corto, con los profesionales y en el lugar menos costoso y con los fármacos y equipos más baratos, si no se acompaña de una selección de procedimientos diagnósticos-terapéuticos y de procesos asistenciales que garanticen la eficacia y efectividad de la asistencia sanitaria y de la aceptabilidad por parte de los usuarios.
- Incrementar la actividad bajo criterios “ciegos” de productividad y oferta de servicios, si no se acompaña de un análisis riguroso que identifique las actividades y servicios más beneficiosos y / o demandados por la población, además, de una pertinente selección de los mismos por criterio de superior relación coste-beneficio.
- Incrementar la autonomía de los profesionales apoyándose en la asimetría de información y el alto nivel de incertidumbre de la práctica clínica, si no se acompaña de un mayor equilibrio entre las expectativas de aquellos y sus usuarios, que relacione las cotas de asunción de responsabilidad de los primeros con sus resultados asistenciales, tanto en la vertiente científico-técnica como en la de satisfacción del usuario, y, relacione también, su autonomía con consecuencias en desarrollo económico y profesional.

Por último, conviene aclarar, que para los autores de esta Guía, es difícil entender la gestión clínica como una responsabilidad exclusiva de los profesionales para que sean valorados por la dirección en virtud de sus resultados. Es necesaria una implicación tangible de esta última como facilitadora (de información y recursos) y garantizadora de los derechos de ciudadanos y profesionales.

Todo lo cual debería plasmarse en unos Acuerdos de Gestión coherentes con esta forma de entender la gestión clínica.

Objetivo

Desde el punto de vista fundamentalmente asistencial, el enfoque de gestión clínica recogido en esta Guía, pretende ayudar, a los profesionales de las Unidades Clínicas, a recorrer el camino que, esquematiza la propuesta “de hacer” gestión clínica.



Un ejemplo

Escenario resumen

Su Unidad Clínica se cuestiona las posibilidades de mejora de su actividad y organización asistenciales, tanto bajo la perspectiva de orientación a sus pacientes reales y potenciales como de su propio desarrollo profesional.

Una de las áreas en la que los profesionales de la Unidad están de acuerdo que podría ser claramente mejorable es la atención a los tipos de pacientes que acuden por los procesos más frecuentes, en los que existe la posibilidad de diagnosticar, tratar y derivar mejor, más selectivamente y con costes inferiores, no sólo económicos sino de tiempos de espera y de molestias a estos pacientes.

En su Unidad Clínica los dos tipos de pacientes atendidos con mayor frecuencia son: los que padecen “infecciones primarias agudas y leves” y los clasificados como “con Signos y Síntomas Mal Definidos” (28 y 20% sobre el total de pacientes atendidos, respectivamente).

El estudio de los perfiles de prescripción y de solicitud de pruebas y derivaciones en estos tipos de pacientes, señalan un elevado uso de antibióticos sistémicos tipo penicilinas asociadas a inhibidores de beta-lactamasa, y de Cefalosporinas, junto a una tasa de solicitud de pruebas y de derivaciones superior a la de Unidades Clínicas similares.

Medidas de Gestión Clínica

La Unidad Clínica se pregunta: "¿qué podríamos hacer que supusiese mejoras tangibles de estos problemas?" .

La respuesta a la cuestión planteada supone implantar intervenciones concretas y disponer de autonomía suficiente para desarrollarlas:

Acciones a emprender

1. Protocolización de la atención a las Infecciones Primarias Agudas Leves más frecuentes (su diagnóstico y tratamiento).
2. Estudio y valoración de las Historias Clínicas de pacientes diagnosticados como con Signos y Síntomas Mal Definidos.
3. Evaluación de cumplimiento de los algoritmos y normas de atención explicitados en la Unidad para Infecciones Agudas Leves y pacientes con Signos y Síntomas Mal Definidos.

Autonomía necesaria

1. Distribución de permisos de estudio y sustituciones necesarias (formación en auditorias, presentación de resultados en congresos).
2. Gestión de intervenciones sobre profesionales que cumplen y / o incumplen los criterios de actuación clínica consensuados por los miembros de la Unidad (incentivación / penalización).

Impacto Clínico

Las mejoras que podrían derivarse, de implantar y desarrollar las intervenciones seleccionadas, serían:

Objetivos asistenciales

1. Disminución del uso innecesario de antibióticos y yatrogenias consecuentes en los pacientes con Infecciones Agudas Leves (disminución en un 30% de los antibióticos sistémicos y cefalosporinas).
2. Mejora de la calidad técnica de la atención (aumento de la especificidad diagnóstico-terapéutica) en los pacientes con Signos y Síntomas Mal Definidos (no > 15% sobre el total, cumplimiento de criterios de atención superior al 70%).
3. Mejora de la calidad percibida (disminución de desplazamientos y aumento de la satisfacción en pacientes, especialmente con Signos y Síntomas Mal Definidos).

Ingresos

1. Aumento de pacientes en Grupos distintos al de Signos y Síntomas Mal Definidos (por disminución de éste).

Costes

1. Disminución de costes de farmacia en pacientes con Infecciones Agudas Leves.
2. Disminución de costes por interconsultas y pruebas diagnósticas en pacientes con Signos y Síntomas Mal Definidos.

Acuerdo para la Gestión Clínica

Para alcanzar las mejoras e impactos clínico-asistenciales propuestos, se hace necesario el establecimiento de una colaboración entre la Unidad Clínica y los Directivos del Distrito, en sus áreas específicas de responsabilidad, cuyos compromisos se recogan en un Acuerdo facilitador de la Gestión Clínica que la primera ha de desarrollar.

A dicho Acuerdo deben trasladarse los Objetivos Asistenciales y el impacto esperable (Cuenta de Resultados Previsional) de las acciones de gestión clínica seleccionadas (tanto en forma de ingresos como de gastos).

Las necesidades y soportes de información para evaluar su cumplimiento se constituyen en otro apartado imprescindible.

Necesidades de información

1. Sobre el volumen de pacientes por grupos clínicos y los costes variables de su atención clínica.
2. Sobre la calidad de la atención a los tipos de pacientes con Infecciones Agudas Leves y Signos y Síntomas Mal Definidos.

La Unidad Clínica se compromete a realizar Auditorías de Historias Clínicas y a recoger habitualmente los datos necesarios. Por su parte, la Dirección se compromete a procesar y suministrar la información aquí especificada con periodicidad suficiente, para permitir a la Unidad Clínica la discusión e introducción de las correcciones necesarias.



Gestión Clínica
para...

El desarrollo profesional

La Gestión Clínica, tal y como se entiende en esta Guía, coloca el liderazgo de la toma de decisiones clínicas del profesional, con el máximo respeto hacia las necesidades y preferencias de sus pacientes, en el centro del sistema asistencial.

Su Objetivo: “hacer correctamente las cosas correctas”, caracteriza el horizonte de desarrollo de los profesionales como una actitud concreta para llenar el amplio periodo temporal que supone el ejercicio asistencial. Supone, también, la síntesis de sus preocupaciones como clínicos: calidad, eficacia y efectividad.

“Hacer Gestión Clínica”, la parte central de esta Guía, permite integrar la tarea asistencial con la docente e investigadora, desde el momento que es una herramienta capaz de concretar la selección, implementación y evaluación de intervenciones con apoyo de algoritmos y protocolos clínicos basados en la evidencia; y, de comparar los resultados de intervenciones específicas sobre amplios grupos de población y en contextos organizativos similares y / o diferentes.

La Gestión Clínica, al ofrecer la posibilidad de explotar simultáneamente el proceso de decisión clínica en la triple vertiente: asistencial–docente–investigadora, disminuye el esfuerzo necesario para extender el impacto de la actividad clínica al resto de profesionales, mediante sesiones clínicas, publicaciones y / o ponencias científicas.

El desarrollo de las Unidades Clínicas

El desarrollo de la Gestión Clínica propuesto en esta guía supone la convergencia entre las áreas de interés del profesional clínico, las necesidades de la población que le haya sido asignada, y la generación de un marco organizativo, que desde la asunción de responsabilidades y un crecimiento autónomo, permitan avanzar en la consecución de dicha convergencia.

Sólo desde la responsabilidad y la autonomía de los profesionales es posible hacer gestión clínica, puesto que su desarrollo está íntimamente ligado a las adaptaciones y especificidades de contextos concretos, dónde las actitudes y aptitudes de los profesionales, sus horizontes de desarrollo, y su motivación, tengan posibilidad de expandirse.

Las Unidades Clínicas, como equipos asistenciales cuya organización gira en torno al desarrollo de la gestión clínica, suponen un marco organizativo idóneo para la misma, puesto que conllevan la instrumentalización de las fórmulas organizativas para el alcance de objetivos clínico –asistenciales y profesionales.

Su variado desarrollo permite alcanzar dichos objetivos y relacionarlos con sus consecuencias socio–económicas, desde una flexibilización de la organización de la actividad asistencial coherente con la responsabilidad y la autonomía que los profesionales deseen asumir.

Limitaciones

Las posibilidades de la Gestión Clínica están estrechamente relacionadas con la facilidad en la recogida y explotación de la información clínico–asistencial. Por este motivo en la sección “Hacer Gestión Clínica” se incluyen algunos instrumentos que facilitan la adecuada toma de decisiones clínicas según la disponibilidad de información en las Unidades Clínicas, según el desarrollo de sus sistemas de registro o de las herramientas de recogida y explotación de información.

Se trata de una serie de Preguntas Básicas, sencillas y de índole cualitativa que, conjuntamente, sistematizan el análisis y la toma de decisiones sobre actuaciones de gestión clínica a iniciar y evaluar.

El enfoque de gestión clínica adoptado en esta Guía, acota la limitación informativa al área de responsabilidad de cada protagonista. Esperando, de los clínicos, el registro e interpretación de los datos fundamentales emanados de la relación con sus pacientes a través de la Historia Clínica, y, de los directivos, la transmisión comprensible de esos datos ya procesados, para que permitan la selección de las actuaciones clínicas más pertinentes, relevantes y / o efectivas.

La gestión clínica presenta otras dos limitaciones: de recursos, característica en los sistemas sanitarios, y cuya correcta gestión requiere una selección priorizada, por criterios de beneficio social, de intervenciones clínicas entre todas las posibles y necesarias; y de ausencia de entornos organizativos flexibles, cuya creación permita relacionar inequívocamente gestión clínica y desarrollo profesional.

Sumario

“Hacer Gestión Clínica” es una guía que pretende servir de ayuda a los profesionales de Unidades Clínicas en la formulación y respuesta, por sí mismos, de las cuestiones relevantes englobadas en una concepción concreta de la gestión clínica, caracterizada por la mejora de la interrelación profesional–paciente–sistema asistencial en directa dependencia con la toma de decisiones clínicas y la responsabilidad sobre los pacientes en su devenir asistencial, y, en función de las preferencias y necesidades de los mismos.

Esta guía se ha estructurado de forma que permita seleccionar e implementar las intervenciones clínico–asistenciales más importantes, y detectar las necesidades de información que permitan evaluar su cumplimiento.

Para su elaboración se ha contado con la participación activa de profesionales de Unidades Clínicas y de la Gestión, y, su uso paso a paso, finaliza con la incorporación de los objetivos asistenciales, y su potencial impacto en la Cuenta de Resultados, al Acuerdo de Gestión Clínica entre la Unidad y la Dirección, en función de la autonomía que aquella necesite y desee asumir para su exitosa consecución.



Guía ●
para hacer
Gestión Clínica

Las páginas siguientes le ayudarán, paso a paso, a analizar, seleccionar, y valorar las intervenciones de gestión clínica más relevantes para la atención a las necesidades y problemas de salud de sus pacientes. Las fuentes de información resaltan soportes básicos, sin alguno de los cuales es difícil evaluar las intervenciones y sus impactos (por lo que se consideran elementos estructurales de importancia para poder “hacer Gestión Clínica”).

La Guía se organiza en tres bloques, dos de ellos relacionados con los apartados elementales de toda Cuenta de Resultados: ingresos y costes; y, un tercero, que recoge los objetivos asistenciales que pretenden ser alcanzados, y, que supone en definitiva, el aspecto fundamental que justifica todas las intervenciones clínicas seleccionadas.

Esta estructura pretende facilitar la “conversión” de las decisiones clínicas en sus correspondientes repercusiones financieras, pero tamizándolas a la luz de la finalidad última de todas ellas (los objetivos asistenciales a alcanzar), de forma que se provoque una selección coherente de intervenciones clínicas entre todas las alternativas posibles. Este es el motivo que justifica la ubicación al final de la guía de los objetivos asistenciales: no finalizar el proceso sin impulsar una reflexión sobre la convergencia de las intervenciones clínicas seleccionadas y los recursos movilizados para implantarlas hacia los objetivos de atención al usuario, efectividad y calidad que las justifican.

Los tres grandes bloques de los que se compone la Guía concluyen con la selección de los aspectos a incorporar a los Acuerdos de Gestión entre Unidad Clínica y Dirección.



¡Las decisiones que tome en un apartado repercutirán siempre en los otros!

Por último, se ha incorporado un apartado específico que recoge la autonomía necesaria para implantar las decisiones derivadas de las intervenciones clínicas seleccionadas por las Unidades Clínicas, y que estará siempre en función directa con la responsabilidad y consecuencias que cada Unidad esté dispuesta a asumir, en línea con una propuesta de desarrollo organizacional flexible y adaptable a la elección de los profesionales.

Ingresos

El estudio de cada uno de estos apartados le ayudará a estimar su repercusión sobre los Ingresos necesarios para alcanzar las intervenciones clínicas seleccionadas.

Mínimos que deben ser valorados:

- Su Población
- Sus Pacientes

SU POBLACIÓN Y SU OFERTA DE SERVICIOS

<p>Población asignada / organización de su atención</p>	<p>Estructura por edad y sexo de la población que acude. Idem de la población que no acude. Descripción de los grupos de población más vulnerables (que acuden y no acuden). Características básicas de la organización de la oferta de servicios: orientación a la población y sus problemas, amplitud, accesibilidad, etc.</p>
<p>Preguntas básicas</p>	<p>¿Acude la población que más lo necesita? (según edad, sexo, factores de riesgo y / o necesidad). En caso negativo, ¿por qué no acude? (problemas de accesibilidad física, horaria, cultural, etc; falta de información, rechazo a la Unidad Clínica...). ¿Son adecuadas las actuaciones que venimos realizando? (organización, programas, protocolos, captación, información...).</p> <p>¿Disponemos de información clínica (Historias Clínicas) de la población que acude?</p>
<p>Información necesaria Acreditación</p>	<p>Pirámide de población demandante comparada con la pirámide de población asignada. Datos socio–económico–culturales que caracterizan a la población más vulnerable. Satisfacción de la población con las características organizativas de la atención prestada en la Unidades Clínicas.</p> <p>Total Historias Clínicas individuales.</p> <p>Resultados de Programas y protocolos.</p> <p>FUENTES: Cita Previa, Padrón Municipal y Encuesta de Satisfacción. Archivo de Historias Clínicas. Evaluación de Programas y protocolos.</p>

Resuma en estos espacios los aspectos problema mas importantes directamente ligados al tipo de asistencia clínica desarrollado por los profesionales de la Unidad Clínica y los datos y fuentes de información que apoyan dicha selección.

La siguiente página (reverso) contiene ejemplos de ayuda.

SU POBLACIÓN Y SU OFERTA DE SERVICIOS

<p>Población asignada / organización de su atención</p>	<p>La Unidad Clínica "A" detecta una elevada tasa de frecuentación de población cercana al centro (10 consultas habitante / año) y escasa frecuentación de población mayor de 15 años de zonas periféricas (< 2 c / h / a).</p> <p>El Centro donde se ubica la Unidad Clínica "A" es poco accesible a la población situada a la otra margen del río: asentamiento de desplazados, pobreza y marginalidad.</p>
<p>Preguntas básicas</p>	<p>Sesgo de accesibilidad de población marginal en todos los grupos de edad y sexo.</p> <p>Resistencia a desplazar la atención a las poblaciones marginales más conflictivas (información sobre servicios, atención domiciliaria).</p> <p>Estancamiento de la población historiada desde el 2º año de entrada en funcionamiento de la Unidad Clínica.</p>
<p>Información necesaria Acreditación</p>	<p>La proporción población atendida / población asignada es del 65%.</p> <p>Según el Padrón Municipal, las tasas de paro y analfabetismo rondan el 60 y 10%, respectivamente. Se concentran en barrios marginales. La población historiada es inferior al 50% de la asignada.</p> <p>No existe información sobre satisfacción de los usuarios con la organización de la Unidades Clínicas.</p> <p>FUENTES: Cita previa y Padrón. Archivo de Historias Clínicas individuales.</p>

Los ejemplos recogidos en esta sección tienen una utilidad meramente aclaratoria.

ESTUDIO DE SUS PACIENTES

<p>Tipos de pacientes</p>	<p>De la Población atendida, extraiga: los tipos de pacientes más frecuentes y los más graves.</p> <p>De los Servicios prestados, extraiga los que no han alcanzado la cobertura anual prevista.</p> <p>Seleccione y priorice los procesos susceptibles de ser diagnosticados precozmente y las actividades preventivas de elevado coste de oportunidad a aplicar en sus pacientes.</p> <p>Compare y evalúe la producción alcanzada por su Unidades Clínicas con la de años anteriores y la de otras Unidades Clínicas similares.</p>
<p>Preguntas básicas</p>	<p>¿Se está atendiendo en cuantía suficiente, y correctamente, a los pacientes de mayor riesgo: según edad y / o sexo? En caso negativo: ¿por qué no se están desarrollando las actividades preventivas efectivas según la evidencia científica conocida?, y / o, ¿por qué no se han alcanzado las coberturas y la producción prevista? ¿Son adecuadas las actuaciones que venimos realizando? (organización, programas, protocolos, captación, información...).</p>
<p>Información necesaria Acreditación</p>	<p>Perfil de demanda atendida por frecuencia y gravedad y Coberturas de Servicios y de Actividades Preventivas. Procesos susceptibles de diagnóstico precoz que han sido diagnosticados, por grupos de edad. Perfil de Producción alcanzada propio y comparativo.</p> <p>FUENTES: Cartera de Servicios y Producto. Evaluación de Programas y Protocolos.</p>

Resume en estos espacios los aspectos problema mas importantes directamente ligados al tipo de asistencia clínica desarrollado por los profesionales de la Unidad Clínica y los datos y fuentes de información que apoyan dicha selección.

La siguiente página (reverso) contiene ejemplos de ayuda.

ESTUDIO DE SUS PACIENTES

<p>Tipos de pacientes</p>	<p>En la Unidad Clínica "A" los 5 tipos de pacientes más frecuentes durante los últimos dos años fueron: con "Infección Primaria Aguda Leve" (28%), con "Signos y Síntomas Mal Definidos" (20%), con "HTA y Obesidad" (10%), con "HTA, Diabetes e Hiperlipemia" (9%), con "Diabetes e Infección Primaria Aguda Leve" (8%). Entre los tipos de pacientes más graves estaban los que padecían la asociación OCFA / EPOC + Enfermedades Crónicas Progresivas + Infecciones Moderadas / Graves"... Las Coberturas incumplidas y / o más bajas corresponden a los Servicios de: Embarazo y VIH / SIDA (60 y 40% de lo previsto, respectivamente). Los procesos cuyo diagnóstico precoz ha sido insuficiente fueron: intolerancia alimentaria en niños < de 2 años y cáncer de cérvix en mujeres de 35 a 64 años.</p>
<p>Preguntas básicas</p>	<p>La inexistencia de algoritmos, protocolos clínicos y / o sistemas de mejora de calidad para la atención a los tipos de pacientes más frecuentes y graves, junto con la falta de evaluación de los programas de Embarazo y VIH / SIDA, no permiten conocer las características cualitativas de su atención. No se dedican recursos suficientes para la detección precoz de intolerancias alimentarias en niños y del cáncer de cérvix en mujeres (Ej: formación).</p>
<p>Información necesaria Acreditación</p>	<p>Especial seguimiento de las coberturas de los Servicios de Embarazo y VIH / SIDA y de la detección de intolerancias alimentarias y cáncer de cérvix (Cartera de Servicios). Auditoría de la actuación clínica (Historias Clínicas) sobre los 3 primeros tipos de pacientes más frecuentes y graves, previa definición de normas clínicas.</p>

Los ejemplos recogidos en esta sección tienen una utilidad meramente aclaratoria.

INTERVENCIONES

<p>Selección</p>	<p>Seleccione y priorice las actuaciones mas efectivas (con mayor capacidad de obtener buenos resultados) para mejorar la atención a su población y a sus pacientes, en coherencia con las áreas “problema” que ha detectado en el estudio anterior de estos apartados (“su población” y “estudio de sus pacientes”).</p>
<p>Preguntas básicas</p>	<p>¿Son suficientes los servicios que prestamos a la población que tenemos asignada? ¿Existe capacidad para mejorar la atracción a los mismos? ¿Reciben los servicios quienes más lo necesitan?</p> <p>La actividad que desarrollamos: ¿se adecua a las necesidades y / o características (de edad, sexo, riesgo, horarias, culturales, sociales, laborales, etc) de nuestra población y tipos de pacientes?, o, por el contrario: ¿se atiende a quienes se adaptan a nuestra forma de organizarla / prestarla?</p> <p>Los programas, protocolos, algoritmos, la tecnología, la docencia e investigación, etc, de que disponemos o desarrollamos: ¿existen y se adecuan a las “áreas problema” detectadas?, ¿se utilizan y evalúan sus resultados?</p>

Resuma en este espacio las actuaciones mas importantes a implantar sobre la población y pacientes atendidos por la Unidad Clínica, en función de los problemas detectados en los apartados anteriores, y, las respuestas a las preguntas básicas.

La siguiente página (reverso) contiene ejemplos de ayuda.

INTERVENCIONES

La Unidad Clínica "A", tras responder a las preguntas básicas ha seleccionado seis intervenciones clínicas con capacidad de mejora de las áreas "problema" por ella identificadas.

Selección

Intervención 1: "Diseño e implantación de algoritmos y protocolos clínicos sobre los tipos de pacientes más frecuentes y graves atendidos (con infecciones leves, con signos / síntomas, etc)".

Intervención 2: "Evaluación del cumplimiento, mediante auditoría anual interna de las Historias Clínicas, de los criterios y normas explicitados en los protocolos anteriores".

Intervención 3: "Captación activa, aplicación y evaluación anual del programa a embarazadas".

Intervención 4: "Despistaje de pacientes VIH (+) y cáncer de cervix en grupos de riesgo previamente definidos".

Intervención 5: "Orientación de la docencia e investigación intra y extra Unidad Clínica hacia las actuaciones seleccionadas. Formación sobre intolerancias alimentarias en la infancia y preparación de materiales informativos para las madres. Formación sobre evaluación de práctica clínica (Auditorías)".

Intervención 6: "Apertura de un local de consulta con actividad diaria en barrio marginal (5 horas diarias de lunes a viernes)".

Preguntas básicas

Evolución comparativa interanual de: coberturas de los servicios, y, del volumen de tipos de pacientes sobre los que se interviene específicamente.

Resultados de Auditorías internas.

Actividad en nuevo local de consulta.

FUENTES: Producto. Auditoría Interna. Registro de Actividad.

INCORPORAR EN ACUERDO DE GESTIÓN

Como producción

(ingresos por
"producción")

Expresar de forma cuantitativa el impacto de las actuaciones seleccionadas en relación con los tipos de pacientes y servicios que se verán afectados por ellas (nuevos servicios, disminución o incremento de tipos de pacientes o coberturas de los existentes).

Si fuese necesario adecuar sus recursos (aumento o disminución) para poner en marcha alguna intervención de las seleccionadas, cuyo objeto sea mejorar la organización de la atención a su población y / o pacientes (mejora de la oferta de servicios) deberá reflejarse cuantitativamente en el apartado de costes (página 45).

Como formación / docencia / investigación

(ingresos por
"docencia e
investigación")

Describa y cuantifique las actividades de formación, docencia y / o investigación necesarias para apoyar la puesta en marcha de las actuaciones que sobre su población y tipos de pacientes han sido seleccionadas.

En estos espacios se pretende clasificar de forma simple las actuaciones seleccionadas anteriormente para su inclusión en el Acuerdo de Gestión entre su Unidad y la Dirección.

La siguiente página (reverso) contiene ejemplos de ayuda.

INCORPORAR EN ACUERDO DE GESTIÓN

La Unidad Clínica "A" ha realizado la siguiente estimación del impacto en ingresos de las intervenciones que ha seleccionado para mejorar la atención a su población y pacientes, que se deberán trasladar coherentemente al apartado de ingresos de su cuenta de resultados.

Impacto en producción

(ingresos por "producción")

Aumento de la producción total del 10% sobre el total de pacientes (incremento de la población atendida > 15 años en barrios marginales = 25% con disminución de frecuentación del resto de población atendida: del 10% al 7%).

Aumento de las coberturas: Servicio Embarazo 15%, Servicio VIH / SIDA 20%. Aumento Diagnóstico Precoz cáncer de cérvix en mujeres de 35–64 años 30%. Disminución pacientes con Signos y Síntomas Mal Definidos: 5%, disminución niños > 2 años con intolerancia alimentaria: 80%.

Accesibilidad: una nueva consulta periférica en barrio marginal (con reorganización asistencial interna de los recursos humanos existentes en la Unidad): que se traslada a la página 46 (ya que genera un coste estructural por mejora en la atención a la población asignada).

Impacto en formación / docencia / investigación

(ingresos por "docencia e investigación")

Desplazamiento a Hospital de 2 D.U.E. para formación en recogida de citologías vaginales y espirometría. Formación de 1 profesional médico en mejora de la calidad (Protocolización y Auditorías Clínicas).

Ponencia Congreso de la SAMF y C.: "Resultados Auditoría Historias Clínicas pacientes con Infecciones Primarias Agudas Leves y Signos y Síntomas Mal Definidos".

Desplazamiento y consulta docente–asistencial pacientes con VIH / SIDA con especialista de referencia.

Costes

El estudio de cada uno de estos apartados le ayudará a estimar su repercusión sobre los Costes derivados de la implantación de las intervenciones clínicas seleccionadas.

Mínimos que deben ser valorados:

- Sus consumos clínicos
- Sus recursos

ESTUDIO DE SUS CONSUMOS CLÍNICOS

<p>Los costes clínicos de la atención a sus pacientes</p>	<p>Estudie el “Perfil de Consumos Clínicos” de su Unidad Clínica, es decir los medicamentos, pruebas diagnósticas e interconsultas más prescritos y / o solicitados.</p> <p>Selecciones y estudie dicho perfil para el grupos de pacientes mas costosos (también puede hacerlo con los mas frecuentes y / o graves).</p> <p>Estudie la adecuación entre los consumos variables realizados y los previstos en los procesos con Guía Clínica definida: algoritmos de decisión, protocolos, programas, etc.</p> <p>Compare sus consumos clínicos variables con los de otras Unidades Clínicas similares y con parámetros estadísticos de su entorno.</p>
<p>Preguntas básicas</p>	<p>Las prescripciones y solicitudes de pruebas e interconsultas: ¿se basan en criterios homologados? (criterios y normas basados en la evidencia y recogidos en guías, algoritmos, protocolos, etc). ¿Difieren de la media de su entorno o de publicaciones conocidas?</p>
<p>Información necesaria Acreditación</p>	<p>Consumos cuanti-cualitativos en Farmacia.</p> <p>Consumos clínicos globales (pruebas diagnósticas y / o interconsultas), y, Perfiles de Consumos Clínicos variables solicitados, por Grupos de Pacientes, y, comparativos con estándares estadísticos y / o clínicos.</p> <p>FUENTES: Sistema de Información Farmacia. Facturación, Producto, Auditoría Interna.</p>

Resume en estos espacios los aspectos problema mas importantes directamente ligados al tipo de asistencia clínica desarrollado por los profesionales de la Unidad Clínica y los datos y fuentes de información que apoyan dicha selección.

La siguiente página (reverso) contiene ejemplos de ayuda.

ESTUDIO DE SUS CONSUMOS CLÍNICOS

Los costes clínicos de la atención a sus pacientes

Los grupos de pacientes más costosos atendidos en la Unidad Clínica "A" fueron: pacientes con HTA + Obesidad + Hiperlipemia + Enfermedad Crónica Progresiva y pacientes con OCFA / EPOC + Enfermedad Crónica Progresiva + Infección Moderada / Grave.

Los grupos de medicamentos más prescritos fueron: antibióticos sistémicos tipo penicilinas asociadas a inhibidores de beta-lactamasa y cefalosporinas, hipotensores tipo IECA, y AINES (ibuprofeno y naproxeno).

Se constata el uso frecuente de: omeprazol, lovastatina y simvastatina.

Los costes globales en farmacia son mas altos que en otras Unidades Clínicas similares (+ 20% sobre la media).

La media de solicitud de pruebas diagnósticas es un 25% superior a la de otras Unidades Clínicas. El porcentaje de pruebas diagnósticas con resultado normal supera el 60%.

La media de solicitud de interconsultas a las especialidades relacionadas con Medicina Interna (Ap. Digestivo, Nefrología, Cardiología, Neumología y Reumatología) es superior en aproximadamente un 15% a la de otras Unidades Clínicas similares.

Preguntas básicas

La atención clínica a grupos de pacientes más costosos (y graves) no está protocolizada.

Existe una guía farmacoterapéutica no realizada por la Unidad. Nunca se ha evaluado su cumplimiento.

Nunca se ha evaluado la adecuación entre procesos y pruebas diagnósticas solicitadas.

La Unidad Clínica no tiene establecidos criterios de derivación para los procesos y especialidades más frecuentes.

Información necesaria Acreditación

Tipos de pacientes más costosos.

Prescripción farmacológica por coste, grupos terapéuticos, y especialidades.

Consumo de Pruebas Diagnósticas e Interconsultas.

Adecuación de consumos.

FUENTES: Producto. Sistema de Información Farmacia. ICAP. Auditoría Interna.

ESTUDIO DE SUS RECURSOS

Los costes "estructurales" de la atención a sus pacientes

Valore la adecuación entre los recursos humanos, materiales y tecnológicos (Rx, ecógrafo, espirómetro, ECG, autoanalizador, etc) existentes y utilizados en / por su Unidad Clínica, y:

- La prestación de Servicios a su población (existentes o nuevos) y la atención a su casuística (sus tipos de pacientes).
- Las modificaciones en la oferta de servicios a su población y / o pacientes: nuevas consultas, modificaciones en horario del centro o a domicilio, nuevas actividades de participación-información...

Incluya en esa valoración los Dispositivos de Apoyo.

Preguntas básicas

Con los recursos de que dispone la Unidad Clínica: ¿es posible alcanzar los ingresos (vea página 39) y los consumos clínicos que se van a decidir más adelante (vea página 47) ¿Existe margen de mejora para la prestación de servicios y de asistencia a sus pacientes con los recursos disponibles? En caso negativo, identifique los recursos escasos. En caso positivo, identifique los recursos ociosos y su rendimiento potencial.

Información necesaria
Acreditación

Tasas de presión asistencial y frecuentación por profesional.
Dedicación asistencial de tiempos, espacios y equipos.
Recursos materiales y tecnológicos existentes: rendimiento y uso.

FUENTES: Organización asistencial de la Unidad Clínica. Indicadores de Actividad. Inventario de bienes y equipos.

Resume en estos espacios los aspectos problema mas importantes directamente ligados a la disponibilidad de recursos humanos, materiales y tecnológicos necesarios para el desarrollo de la actividad clinica en su Unidad Clínica, así como los datos y fuentes de información que apoyan dicha selección.

La siguiente página (reverso) contiene ejemplos de ayuda.

ESTUDIO DE SUS RECURSOS

<p>Los costes "estructurales" de la atención a sus pacientes</p>	<p>Los recursos humanos de la Unidad Clínica "A" se consideran suficientes en número. Sería necesaria la formación de personal de enfermería en técnicas como citología vaginal y uso de espirómetro.</p> <p>Suficiencia de recursos en los Dispositivos de Apoyo, si bien no está protocolizada la derivación con Fisioterapia y Salud Mental.</p> <p>Escasez de Matronas (dedicación actual: 1 día / semana, necesaria: 3 días / semana). Carencia de Sonicaid, Ecógrafo y Espirómetro.</p> <p>Necesidad de un local de consulta en barrio marginal: 5 días / semana, 5 horas / día (página 40).</p>
<p>Preguntas básicas</p>	<p>Podrían mejorarse la atención a OCFA / EPOC y las coberturas de detección de cáncer de cérvix y de Seguimiento del Embarazo. Podrían mejorarse los consumos clínicos en pacientes y grupos terapéuticos frecuentes y costosos (página 48). Podría mejorarse la atención a la población > de 15 años del barrio marginal periférico (mejora de accesibilidad: con apertura de un nuevo local de consulta).</p>
<p>Información necesaria Acreditación</p>	<p>Tasas de presión y frecuentación global y en consultorio de barrio periférico.</p> <p>Coberturas de OCFA / EPOC, Embarazo y detección de cáncer de cérvix.</p> <p>FUENTES: Indicadores de Actividad. Cartera de Servicios-Producto.</p>

Los ejemplos recogidos en esta sección tienen una utilidad meramente aclaratoria.

INTERVENCIONES

<p>Selección</p>	<p>Seleccione y priorice las actuaciones mas efectivas (con mayor capacidad de obtener buenos resultados) para mejorar los consumos y el uso de recursos para la correcta atención a su población y a sus pacientes, en coherencia con las áreas “problema” que ha detectado en el estudio anterior de estos apartados (“sus consumos clínicos” y “sus recursos”).</p>
<p>Preguntas básicas</p>	<p>¿Son necesarios nuestros consumos clínicos para los tipos de pacientes que atendemos? ¿Existe capacidad para mejorarlos? ¿Se adecuan a la evidencia conocida para nuestra casuística?</p> <p>Los recursos humanos, materiales y tecnológicos que empleamos: ¿se adecuan a los Servicios que prestamos a nuestra población y a los tipos de pacientes que atendemos?</p> <p>Los programas, protocolos, algoritmos, la tecnología (espirómetro, ECG, ecógrafo, Rx, etc), la docencia e investigación, etc, de que disponemos o desarrollamos: ¿existen y se adecuan a la casuística detectada?, ¿se utilizan y evalúan sus resultados?, ¿se analiza su rentabilidad?</p>

Resuma en este espacio las actuaciones mas importantes a implantar sobre los costes innecesarios generados en la Unidad Clínica por la atención a sus pacientes, en función de los problemas detectados en los apartados anteriores, y, las respuestas a las preguntas básicas.

La siguiente página (reverso) contiene ejemplos de ayuda.

INTERVENCIONES

La Unidad Clínica "A", tras responder a las preguntas básicas ha seleccionado las siguientes intervenciones clínicas con capacidad de mejora de las áreas "problema" por ella identificadas.

Selección

Intervención 1: Adecuación de la Guía Farmacoterapéutica a criterios propios de la Unidad Clínica.

Intervención 2: Evaluación de cumplimiento mediante monitorización de los consumos de los grupos terapéuticos más frecuentes y costosos (con especial atención al consumo de Cefalosporinas, AINES, Omeprazol, e Hipolipemiantes).

Intervención 3: Protocolización clínica de los consumos y seguimiento mediante Auditoría Clínica en tipos de pacientes más costosos y sus procesos: HTA, Obesidad, Hiperlipemia, EPOC / OCFA, ACVA, IM-Angina de pecho, Enfermedades Infecciosas Moderadas y Graves.

Intervención 4: Evaluación de cumplimiento (monitorización y auditoría) de consumos de Pruebas Diagnósticas e Interconsultas en los procesos + frecuentes.

Intervención 5: Incremento de tiempo de Matrona en 2 días / semana. Adquisición de Sonicaid y Ecógrafo.

Intervención 6: Formación específica para enfermería en citología vaginal y espirometría.

Intervención 7: Adquisición o alquiler de local para consulta periférica (25 horas / semana).

Preguntas básicas

Consumos farmacéuticos por Grupos Terapéuticos seleccionados.

Cumplimiento de normas de consumo explicitadas en protocolos clínicos para tipos de pacientes seleccionados.

Tasas de presión y frecuentación.

Coberturas de Servicios.

FUENTES: Sistema de Información Farmacia. Auditoría Interna de Historias Clínicas. Indicadores de Actividad. Cartera de Servicios.

INCORPORAR EN ACUERDO DE GESTIÓN

Por ingresos y consumos (costes variables)	Expresar de forma cuantitativa el impacto en costes variables de las actuaciones clínicas para la mejor atención a su población y tipos de pacientes.
Por estructura (costes directos e indirectos)	Expresar de forma cuantitativa el impacto en costes directos e indirectos de los recursos modificados (incremento o disminución) para la mejor atención clínica a su población y tipos de pacientes.
Por formación / docencia e investigación (costes en formación / docencia e investigación)	Expresar de forma cuantitativa el impacto en costes de formación / docencia e investigación para la mejora de la atención clínica a su población y tipos de pacientes.

En estos espacios se pretende trasladar a Costes las actuaciones seleccionadas anteriormente para su inclusión en el Acuerdo de Gestión entre su Unidad y la Dirección. Tenga muy presente que sus Costes son la consecuencia lógica de las decisiones tomadas en el apartado Ingresos (página 37) y Consumos clínicos-recursos (página 49).

La siguiente página (reverso) contiene ejemplos de ayuda.

INCORPORAR EN ACUERDO DE GESTIÓN

La Unidad Clínica "A", ha realizado la siguiente estimación del impacto en costes de las intervenciones que ha seleccionado para mejorar la atención a su población y pacientes, que se deberán trasladar coherentemente al apartado de costes de su cuenta de resultado.

<p>Por ingresos y consumos (costes variables)</p>	<p>Disminución del coste global en Farmacia (por disminución y / o adecuación de consumo y costes en los grupos terapéuticos y tratamientos para los tipos de pacientes / procesos seleccionados).</p> <p>Aumento de los costes en pruebas diagnósticas e interconsultas para pacientes incluidos en Servicios como por ejemplo, Embarazo.</p> <p>Disminución de los costes clínicos variables (farmacia, pruebas diagnósticas e interconsultas) para los tipos de pacientes más costosos protocolizados (HTA + Obesidad + Hiperlipemia...). Idem en pacientes con OCFA / EPOC y en pacientes más frecuentes (Infecciones Agudas Leves, Signos y Síntomas Mal Definidos, etc).</p>
<p>Por estructura (costes directos e indirectos)</p>	<p>Aumento de los costes de Personal (Matrona: 2 días / semana).</p> <p>Aumento de los costes en Bienes Corrientes y Servicios (local para nueva consulta: 25 horas / semana), y para adquisición de tecnología (Sonicaid y ecógrafo).</p>
<p>Por formación / docencia e investigación (costes en formación / docencia e investigación)</p>	<p>Costes por formación específica: espirometría y citología vaginal (enfermería): sustitución: 10 horas (5 horas x 2 profesionales) + 2 desplazamientos a Hospital de Referencia.</p> <p>Costes por formación específica en técnicas de mejora de la calidad (Auditorías): sustitución: 25 horas x 1 profesional + Costes de Matriculación + Desplazamiento y Estancia (4 días).</p> <p>Costes desplazamiento y docencia 1 especialista consultor (30 desplazam. + 2 horas + 30 sesiones).</p>

Tenga muy presente que sus Costes son la consecuencia lógica de las decisiones tomadas en el apartado Ingresos (página 37) y Consumos clínicos-recursos (página 48).

Los ejemplos recogidos en esta sección tienen una utilidad meramente aclaratoria.

Objetivos asistenciales

“ EN RELACIÓN CON LOS INGRESOS PARA LA ATENCIÓN A PRESTAR...

<p>... a la salud y preferencias de su población” . (Resultados)</p>	<p>Repase los indicadores de salud de su entorno, los resultados de sus encuestas de satisfacción, y los objetivos de cobertura. Con todo ello, defina los de mejora de la atención a los problemas de salud y a sus consecuencias socio-sanitarias, así como, de la percepción que de ellos y de la asistencia que se les presta tiene su población asignada.</p>
<p>Preguntas básicas</p>	<p>¿Los resultados asistenciales que obtenemos (coberturas, atención precoz de enfermedades y / o complicaciones, mortalidad específica por causas y / o edad-género, disminución de riesgos) se aproximan a los posibles según la evidencia y / o los obtenidos por Unidades Clínicas con casuística similar?</p> <p>¿Se adecua nuestra oferta asistencial a los deseos y necesidades de nuestra población? (en accesibilidad tanto física como socio-cultural, en existencia de servicios considerados necesarios por ella, en respeto de sus derechos).</p>
<p>Información necesaria Acreditación</p>	<p>Indicadores de Salud. Extensión (amplitud de la cartera) e intensidad (cobertura) de Servicios. Perfil de producción comparativo intraUnidad e interUnidades. Deseos, preferencias, derechos y adaptación del sistema asistencial a los usuarios.</p> <p>FUENTES: Diagnóstico y Encuestas de Salud. Cartera de Servicios. Producto. Tiempos de demora. Encuestas de Opinión y Satisfacción de Usuarios.</p>

Resuma en estos espacios los objetivos mas importantes a abordar para la atención a los problemas de salud y / o sus complicaciones, así cómo a las preferencias más relevantes de la población asignada a su Unidad Clínica. Refiera los datos y fuentes de información que apoyan dicha selección.

La siguiente página (reverso) contiene ejemplos de ayuda.

Objetivos asistenciales

“ EN RELACIÓN CON LOS INGRESOS PARA LA ATENCIÓN A PRESTAR...”

Tras comprobar que la mortalidad y la incidencia de complicaciones en pacientes graves y con cáncer de cérvix es superior a la evidencia conocida, que los resultados en cobertura y producción (atención a todo tipo de pacientes) de la Unidad Clínica son inferiores a los obtenidos por otros similares, además de permanecer estancados en los últimos años (en global y para los servicios seleccionados) y, que la experiencia de los profesionales señala malestar en la población del barrio marginal por la lejanía del Centro y la dificultad para ser atendidos en el domicilio cuando lo solicitan, la Unidad Clínica “A” ha seleccionado los siguientes Objetivos Asistenciales para su población:

<p>... a la salud y preferencias de su población” . (Resultados)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Disminuir la mortalidad y las complicaciones en los tipos de pacientes más graves (OCFA / EPOC + Enfermedades Progresivas + Infecciones Moderadas / Graves...). 2. Disminuir la mortalidad y las complicaciones por cáncer de cérvix en mujeres de 35 a 64 años. 3. Disminuir las interrupciones voluntarias del embarazo (IVES) y las intolerancias alimentarias en niños < 2 años. 4. Mejorar la accesibilidad a todos los Servicios de su Cartera a la población de barrios marginales.
<p>Preguntas básicas</p>	<p>La mortalidad y la incidencia de complicaciones en pacientes graves y con cáncer de cérvix es superior a lo conocido. Los resultados en coberturas y producción (atención a todo tipo de pacientes) de la Unidad Clínica son inferiores a los obtenidos por otras Unidades Clínicas similares, además de permanecer estancados en los últimos años (en global y para los servicios seleccionados). La experiencia de los profesionales señala malestar en la población del barrio marginal por la lejanía del Centro y la dificultad para ser atendidos a domicilio cuando lo solicitan.</p>
<p>Información necesaria Acreditación</p>	<p>Perfil de producción por servicios y grupos de pacientes. Seguimiento de cáncer de cérvix, IVE's e intolerancias alimentarias en niños. Satisfacción de la población con los Servicios. Mortalidad en grupos de pacientes y procesos seleccionados. Incidencia de complicaciones en pacientes graves y con Cáncer de Cérvix.</p> <p>FUENTES: Producto. Informadores clave y técnica nominal con profesionales de la Unidad Clínica. Estadísticas de Mortalidad de la Unidad Clínica. Auditoria de Historias Clínicas.</p>

INTERVENCIONES: ANÁLISIS DE COHERENCIA

<p>Evaluación</p>	<p>Retroceda a los apartados referentes a Ingresos y Costes y compruebe si se da una coherente relación entre los aspectos problemáticos de la atención a su población y pacientes que se quieren abordar, las actuaciones seleccionadas para ello que se hayan incorporado a los Acuerdos de Gestión, y los Objetivos Asistenciales que se ha marcado su Unidad Clínica.</p> <p>No olvide analizar si dispone de la información necesaria para evaluar el alcance de sus intervenciones.</p>
<p>Información necesaria Acreditación</p>	<p>¿Son coherentes los problemas o áreas de mejora detectados y las actuaciones planteadas con los Objetivos Asistenciales seleccionados? En caso negativo: elimine o sustituya la actuación incoherente o replanteese el objetivo que no conlleve alguna actuación eficaz y / o lógica.</p> <p>¿Se dispone de la información necesaria para evaluar las actuaciones planteadas? En caso negativo: no la incorpore al Acuerdo de Gestión. Si son trascendentes, comience por definir e implantar el Sistema de Información que permita la evaluación de su impacto en objetivos, ingresos y / o costes.</p>

Reflexione en este espacio sobre la coherencia entre actuaciones sobre Ingresos y Costes, y los Objetivos asistenciales seleccionados por la Unidad Clínica.

¡Recuerde que las decisiones que se hayan tomado en los apartados: ingresos, costes y objetivos asistenciales, siempre repercuten entre ellos!

La siguiente página (reverso) contiene ejemplos de ayuda.

INTERVENCIONES: ANÁLISIS DE COHERENCIA

La Unidad Clínica “A” tras realizar la evaluación de coherencia entre los objetivos asistenciales y las intervenciones clínicas que se ha marcado, concluye que:

<p>Evaluación</p>	<p>En coherencia con las actuaciones previstas sobre Ingresos y Costes habría que añadir un 5º objetivo asistencial:</p> <p>5. Mejorar la calidad de la atención a los grupos de pacientes más frecuentes, graves y costosos.</p> <p>Previa especificación, como Objetivos Asistenciales de Calidad, de los estándares y tiempos en los que se han de alcanzar, en estos grupos de pacientes.</p> <p>En coherencia con los resultados del “Análisis de la población y de la oferta de servicios” (página 34 en Ingresos: baja accesibilidad + aumento del paro y analfabetismo en población marginal) y con la percepción de los profesionales de la Unidad Clínica (página 54 en Objetivos Asistenciales: malestar en población marginal + dificultad de atención domiciliaria a la misma), la Unidad Clínica podría añadir un 6º objetivo asistencial:</p> <p>6. Mejorar la satisfacción de la población marginal (y del Centro, en general) con los servicios prestados en el Centro y a domicilio (acceso fácil, atención previa cita en tº < a 15 minutos, atención a domicilio en 85% de solicitudes y en tº inferior a 2 horas en casos no urgentes e inmediata en casos urgentes).</p>
<p>Información necesaria Acreditación</p>	<p>La Auditoría interna sobre adecuación de consumos clínicos requerida en el apartado Intervenciones sobre Costes sólo se podría realizar con carácter bianual (a pesar de todo es bueno que se incorpore como actuación y compromiso de información por parte de la Unidad Clínica).</p> <p>La Auditoría interna sobre aplicación de normas recogidas en los protocolos de los tipos de pacientes más frecuentes y graves (apartado Intervenciones sobre Ingresos), sólo se podría realizar el primer año para el primer grupo de cada categoría (pacientes con infecciones leves y pacientes con OCFA / EPOC + Enf. Crónica y Progresiva + Infección Moderada-Grave), y, en el segundo año para los dos siguientes (pacientes con Signos y Síntomas Mal Definidos y pacientes con Procesos Malignos + Infecciones Moderadas y Graves).</p> <p>En ambas Auditorías falta por explicitar los estándares y tiempos en los que se han de alcanzar, para su inclusión en el Acuerdo de Gestión.</p> <p>Sería necesario diseñar e implantar una Encuesta de Satisfacción de la población usuaria del Centro sobre la oferta, organización y amplitud de los servicios prestados, y su adecuación a las preferencias de la población, para conocer y evaluar las intervenciones planteadas.</p> <p>Para garantizar la fiabilidad y utilidad real de los resultados de dicha Encuesta convendría que fuese diseñada y realizada por personas ajenas a la Unidad Clínica (evaluación externa).</p>

INCORPORAR EN ACUERDO DE GESTIÓN

Objetivos de resultado de la atención
(Efectividad y Calidad)

Traslade aquí los Objetivos Asistenciales relacionados “con la atención a prestar a la salud de su población” (página 53), que hayan superado el proceso de evaluación anterior (tengan alguna actuación eficaz, factible y evaluable).

Objetivos de satisfacción de los usuarios

Traslade aquí los Objetivos Asistenciales relacionados “con la atención a prestar a las preferencias de su población” (página 53) que hayan superado el proceso de evaluación anterior (tengan alguna actuación eficaz, factible y evaluable).

En estos espacios se pretende clasificar de forma simple los Objetivos Asistenciales seleccionadas anteriormente para su inclusión en el Acuerdo de Gestión entre su Unidad y la Dirección.

La siguiente página (reverso) contiene ejemplos de ayuda.

INCORPORAR EN ACUERDO DE GESTIÓN

Tras finalizar el proceso de evaluación, la Unidad Clínica "A" propone la inclusión, en el Acuerdo de Gestión con la Dirección, los siguientes objetivos asistenciales:

Objetivos de resultado de la atención

(Efectividad y Calidad)

1. Disminuir la mortalidad y las complicaciones en los tipos de pacientes más graves (OCFA / EPOC + Enfermedades Progresivas + Infecciones Moderadas / Graves).
2. Disminuir la mortalidad y las complicaciones por cáncer de cérvix en mujeres de 35 a 64 años.
3. Disminuir las IVEs y las intolerancias alimentarias en niños < de 2 años.
4. Mejorar la calidad de la atención a los grupos de pacientes más frecuentes, graves y costosos.

Objetivos de satisfacción de los usuarios

5. Mejorar la accesibilidad de la población que vive en los barrios marginales a todos los Servicios de su Cartera.
6. Mejorar la satisfacción de la población marginal (y del Centro en general) con los servicios prestados en el Centro y a domicilio (en concreto: acceso fácil, atención previa cita en tiempo inferior a 15 minutos, atención a domicilio en el 85% de las solicitudes y en tiempo inferior a 2 horas, en casos no urgentes, e inmediata en casos urgentes).

Los ejemplos recogidos en esta sección tienen una utilidad meramente aclaratoria.

Autonomía

Concretar el nivel y la capacidad de autonomía que los profesionales necesitan para implementar las intervenciones clínicas que consideran necesarias, es requisito previo a cualquier tipo de compromiso de responsabilidad y de aceptación de consecuencias sobre las mismas, tanto clínicas como de relación con los recursos que las soportan.

AUTONOMÍA NECESARIA	
Ingresos	
Producción y oferta	En definición y selección de formas de prestación, actividades, servicios, calidad.
Organización	En organización asistencial intra y extra Unidad Clínica, formación y docencia, información y participación, accesibilidad, selección de especialistas de referencia, organización del personal...
Costes	
Gestión de consumos	En selección de prescripciones, pruebas diagnósticas y especialidades / especialistas a los que solicitar asesoría (por selección de grupos de pacientes y/o de procesos).
Gestión de recursos	En nuevas inversiones, adquisición de material, gestión de personal auxiliar, cálculo de recursos humanos, materiales y/o tecnológicos.
Gestión de Formación (I+D)	En selección e implantación de las actuaciones formativas intra y extra Unidad. Así como en docencia e investigación aplicada a grupos de población, pacientes, procesos, y/o coordinación entre niveles asistenciales.
Objetivos Asistenciales	
Objetivos de Efectividad y Calidad	En los aspectos relacionados con estos objetivos: selección y coordinación de intervenciones, necesidades de información, adecuación de aptitudes, gestión de pacientes y procesos...
Objetivos de Satisfacción del Usuario	

AUTONOMÍA NECESARIA

La Unidad "A" considera que, para implantar los objetivos y mejoras seleccionadas debe ser autónoma en:

Producción y oferta	La gestión activa de la atención a pacientes hiperfrecuentadores e hipofrecuentadores según barrios central y marginal, respectivamente. Interviniendo sobre captación, demanda, accesibilidad (Cita, acercamiento, programación, aplicación y evaluación de algoritmos de atención, revisión de hiperfrecuentadores por otros profesionales del Centro distintos a su médico de familia, ...). Gestión de pacientes de Servicios de Embarazo y VIH / SIDA. Gestión de actividades de diagnóstico precoz: cáncer cérvix e intolerancias alimentarias en niños.
Organización	La gestión de la organización asistencial (citas, agendas, consultas, horarios), así cómo la organización de formación, docencia (intra y extra Unidad) y la investigación.
Gestión de consumos	Gestión activa sobre los profesionales con tipos de pacientes más costosos (evaluación clínica). Evaluación, control e intervención (premio / penalización) sobre profesionales que incumplan los criterios de intervención clínica con impacto en costes variables.
Gestión de recursos	La gestión y organización de los recursos humanos propios y ajenos (horarios, actividad, formación, evaluación de calidad, licencias, rendimientos) y de los recursos tecnológicos (propuesta de adquisición, cuidado, mantenimiento, rendimiento). Determinación y asignación de profesionales y tiempos necesarios para el desarrollo de la actividad asistencial y producción clínica a alcanzar. Propuesta de adquisición de tecnología necesaria. Planificación y propuesta justificada para adquisición de nuevos locales.
Gestión de Formación, docencia e investigación	Autorización de licencias para formación, docencia e investigación. Autorización de gastos para adquisición de material para docencia / investigación. Contratación de docentes.
Objetivos de efectividad y calidad y satisfacción de los usuarios	Valoración de la suficiencia de los elementos de autonomía recogidos en todos los apartados anteriores, en la medida que faciliten o dificulten el alcance de estos objetivos.

