

ANÁLISIS DE RESULTADOS DE GESTIÓN Y ÁREAS DE MEJORA



U.G.C. DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

2009 – 2014

GESTIÓN ECONÓMICA:

• Presupuesto para gastos corrientes en bienes y servicios. Capítulo II.

El objetivo de gastos corrientes en bienes y servicios se considera cumplido hasta el año 2011, a pesar del incremento en el número de pacientes atendidos con respecto al histórico de la Unidad. El presupuesto asignado a la Unidad para este objetivo ha disminuido notablemente a partir del año 2012, respecto a años anteriores, sin que haya variado la tendencia al aumento en el número de pacientes atendidos por la Unidad, acompañado también de un incremento en la complejidad case mix de los pacientes.

Hay que considerar también que nuestra U.G.C. es una Unidad de destino o finalista, con lo cual ha de responder de forma adecuada a todos los pacientes que han sido remitidos para cirugía por parte de diversos servicios, principalmente Cardiología de todo el área de Córdoba y Jaén, además de unidades de Cuidados Intensivos y otras áreas asistenciales médicas o quirúrgicas. Además de esto, el nivel de indicación es variable según las etapas históricas, según la disponibilidad de los procedimientos, de los resultados clínicos y de los procedimientos diagnósticos o terapéuticos que se implementan en cada momento.

Por todo ello, una unidad finalista, al menos en la cirugía cardiaca, tiene limitadas posibilidades de gestión económica, siendo dependiente, casi por completo, de las demandas asistenciales de las unidades clínicas de derivación de pacientes.

Así mismo, se justifica el aumento de los gastos corrientes de la Unidad en los últimos años por la incorporación de nuevas técnicas a la cartera de servicios:

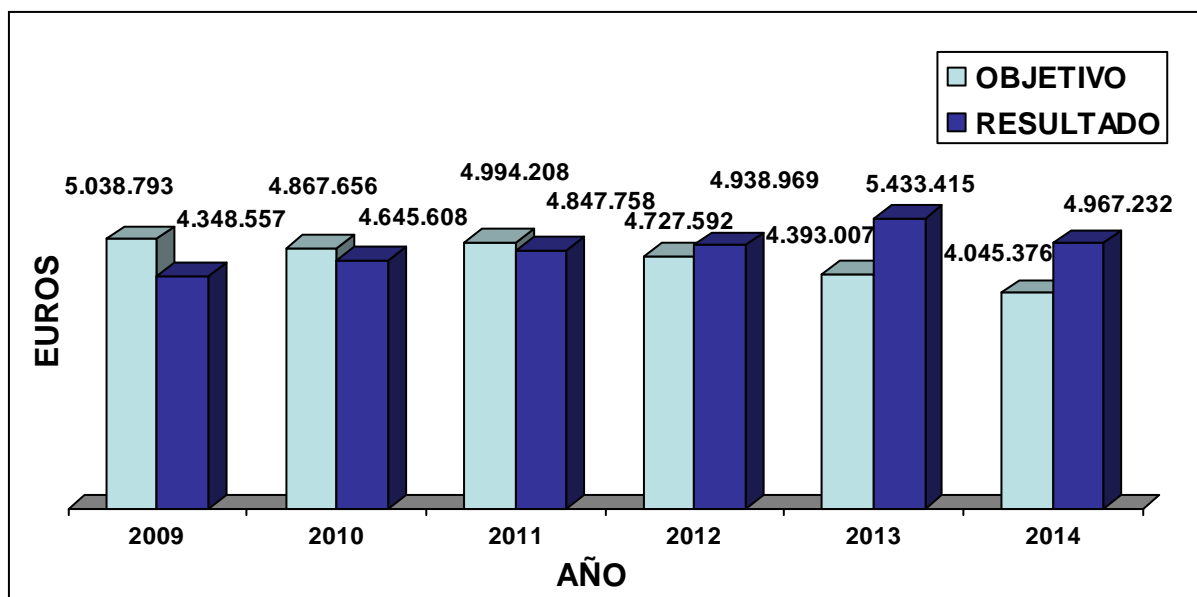
- Extracción de electrodo con sistema endovascular.
- Incorporación y consolidación de los programas de Asistencia Circulatoria, en adultos y edad pediátrica.
- Generalización del uso de procedimientos endovasculares para patología tratada anteriormente mediante cirugía abierta.
- Mayores evidencias para implante de sistemas de Desfibrilación Automática y Resincronización Cardiaca.

A todo ello hay que añadir la congelación de los presupuestos hospitalarios a partir del año 2008 y la disminución de los mismos a partir del año 2012, con promedios anuales de disminución del 8%, según aplicación de los Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

A partir del año 2008 se ha hecho un cuidadoso seguimiento del presupuesto, mas intenso aun a partir del año 2012, en que se ha puesto en funcionamiento un sistema de información fiable, que ha permitido conocimiento exacto del nivel de ejecución presupuestaria de la unidad.

En el año 2011 se hizo una imputación paralela del gasto a las unidades demandantes de procedimientos quirúrgicos para intentar controlar los niveles de indicación de procedimientos de mayor coste, fundamentalmente desfibriladores implantables y sistemas de asistencia circulatoria.

Se creó un grupo de trabajo específico para la gestión económica de la unidad, con reuniones periódicas del mismo y con la dirección económica del centro hospitalario.

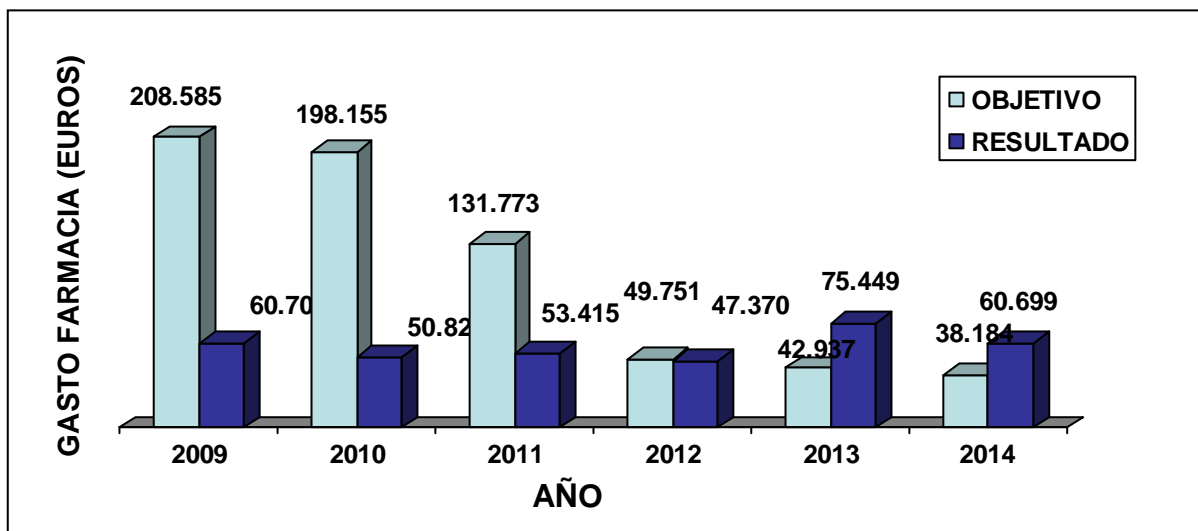


- **Presupuesto para gasto en farmacia y presupuesto para gasto en ortopedia.**

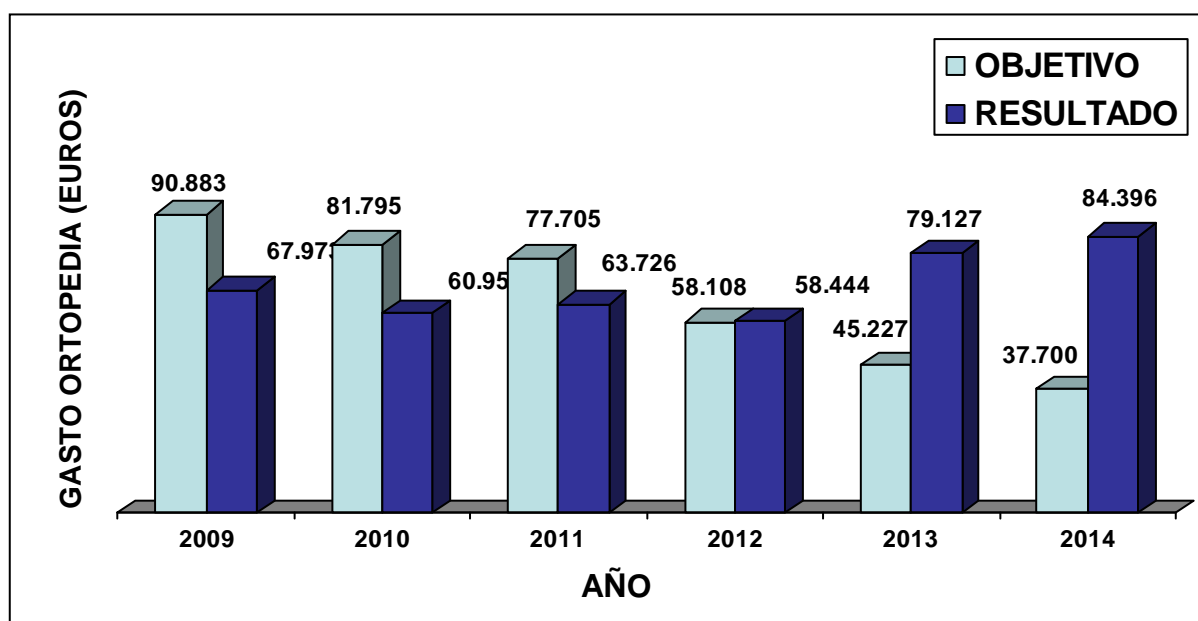
El objetivo de **gasto en farmacia** se considera cumplido hasta el año 2012, a pesar de que la Unidad es centro de referencia de Córdoba y provincia, Jaén y parte de la provincia para patologías cardíacas, y centro de referencia de Andalucía para cardiopatías congénitas, haciéndose cargo del gasto farmacéutico de todos los pacientes que van acumulándose a lo largo de los años. A partir de este año, la disminución en presupuesto que soporta la Unidad ha sido muy acusada, manteniéndose un nivel de gasto similar en el periodo analizado.

Hay que tomar en consideración que el cambio de modelo organizativo y de gestión llevado a cabo en la unidad a partir del año 2008, permitió un descenso en el gasto farmacéutico próximo al 85% del gasto invariable que la unidad arrastraba desde su fundación, y que un regreso al modelo previo situaría el gasto en farmacia, al igual que algunos otros, en los niveles previos al cambio de estructura de la U.G.C. de CCV. Por ello, las variaciones en gasto farmacéutico en los años analizados deben considerarse como fluctuación sobre el 15% del presupuesto asignado a la unidad en ejercicios previos y, en cualquier caso, altamente eficiente en comparación con otras unidades hospitalarias y con la generalidad de las unidades de CCV de la CA de Andalucía y del SNS de España.

Deben señalarse como modelos inadecuados de análisis de resultados en gestión, el obviar circunstancias como las señaladas, dada la facilidad de la reconversión en modelo anterior a poco que se disminuya el gran esfuerzo necesario para mantener los modelos actuales de alta calidad y eficiencia.



Respecto al objetivo de **gasto en ortopedia**, se considera cumplido hasta el año 2011, continuando con la disminución del gasto a lo largo del año 2012 (alcanzando valores históricos mínimos), a pesar del descenso tan significativo en el presupuesto que ha tenido que soportar la Unidad para cumplir este objetivo.



- **Área de mejora:** En la Unidad continúa trabajando un equipo de trabajo inter-estamental para el Área Económica y de Gestión que se encarga de realizar un seguimiento periódico del grado de cumplimiento del presupuesto aprobado en los Acuerdos de Gestión Clínica, a partir del informe económico remitido mensualmente por la Dirección Económico-Administrativa del Hospital, así como de tomar las medidas correctoras necesarias si existiese desviación inmotivada en el mismo, en las reuniones

periódicas convocadas para el grupo de trabajo. Dicho grupo se encarga de la valoración y gestión periódica de los recursos humanos y materiales, gestión de presupuestos, política de material, relación con proveedores y eficiencia general de la U.G.C., indicando las líneas estratégicas que en cada caso se establezcan para mejorar la eficiencia general, preservando la calidad asistencial.

La Unidad viene impulsando importantes medidas de ahorro y eficiencia desde hace varios años como el uso racional del medicamento, que es una política basada en el compromiso y la corresponsabilidad de los profesionales, o la reciente selección pública de medicamentos prescritos por principio activo, todo ello sin detrimento de la atención ni de la calidad asistencial a los usuarios.

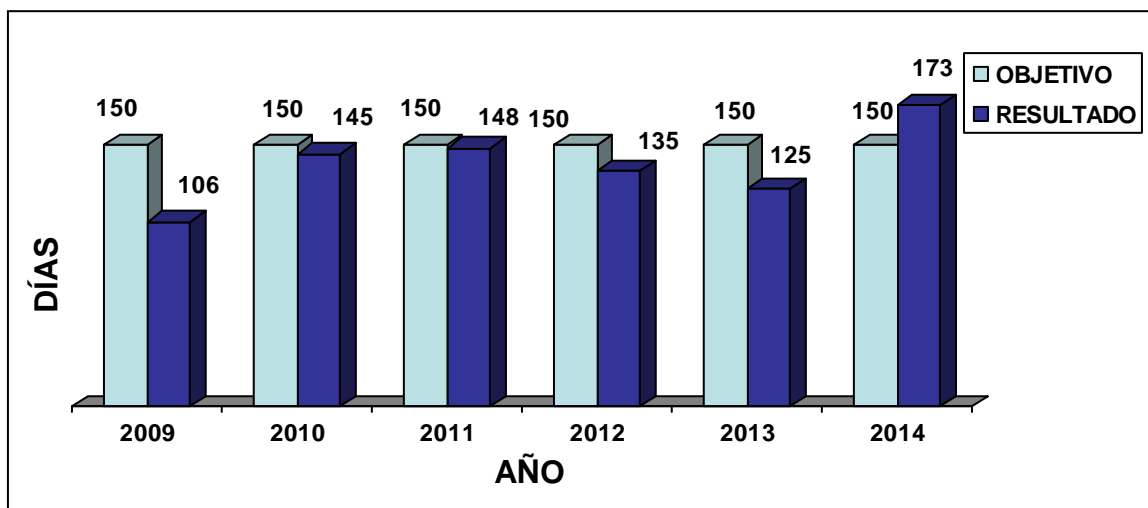
ACCESIBILIDAD:

- **Demora quirúrgica AGD 180D percentil 97**

Históricamente, desde que Cirugía Cardiovascular se ha constituido como Unidad de Gestión Clínica, cumple prácticamente con el objetivo de demora quirúrgica AGD 180 D (percentil 97). En el año 2012 se observa un aumento en la demora quirúrgica motivado por el aumento de pacientes que requerían tratamiento quirúrgico que ha tenido que soportar la Unidad a lo largo del año, manteniendo un índice de utilización de quirófano cercano al 100%.

Igualmente, los niveles de indicación quirúrgica, por parte de las unidades de cardiología, proveedoras de pacientes, ha aumentado considerablemente, así como el número final de pacientes, debido probablemente al incremento del número de procedimientos diagnósticos, así como al advenimiento de procedimientos terapéuticos realizados por las unidades de cardiología y que, como consecuencia, ha dado lugar a mayores procedimientos diagnósticos y mayor número de pacientes para cirugía que indirectamente ha provocado esta estrategia.

La demora quirúrgica se gestiona por riguroso orden de inclusión de pacientes, con las excepciones que la prioridad clínica determina. Todos los pacientes que no siguen la demora oficial por prioridad clínica son analizados personalmente por el director de la unidad, asignándose una prioridad clínica y una demora específica a su situación clínica, su riesgo específico y las consecuencias sobre la demora de otros pacientes en demoras programadas o preferentes.

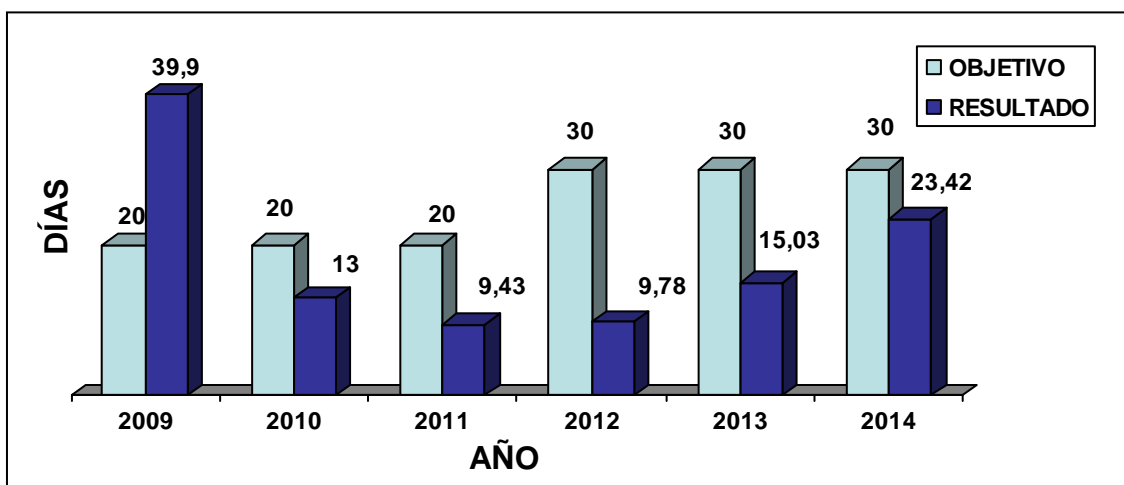


- **Demora en primeras consultas**

Desde el mes de Abril de 2010, la Unidad gestiona sus primeras consultas, momento desde el que cumple con el objetivo de demora.

- **Área de mejora:** respecto a los resultados obtenidos en el año 2009, se observa una mejoría significativa en los años siguientes debido a que la Unidad gestiona sus primeras citas, a pesar del aumento que soporta del

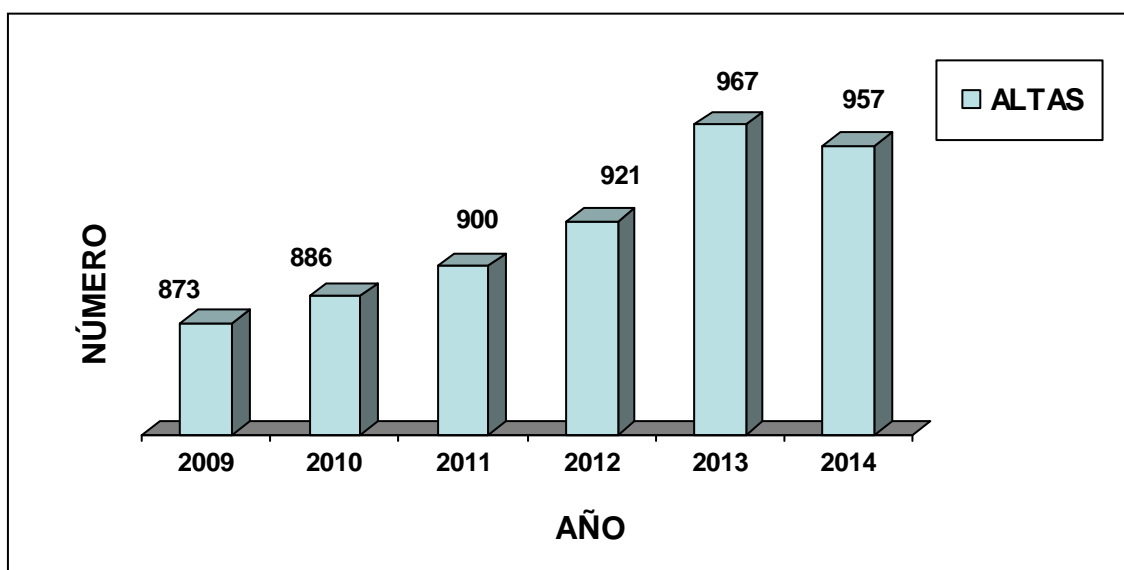
número total de solicitudes de consulta a especialista. Así mismo, la Unidad ha ampliado su calendario de consultas en jornada laboral de mañana y de tarde.



HOSPITALIZACIÓN:

- **Número de altas**

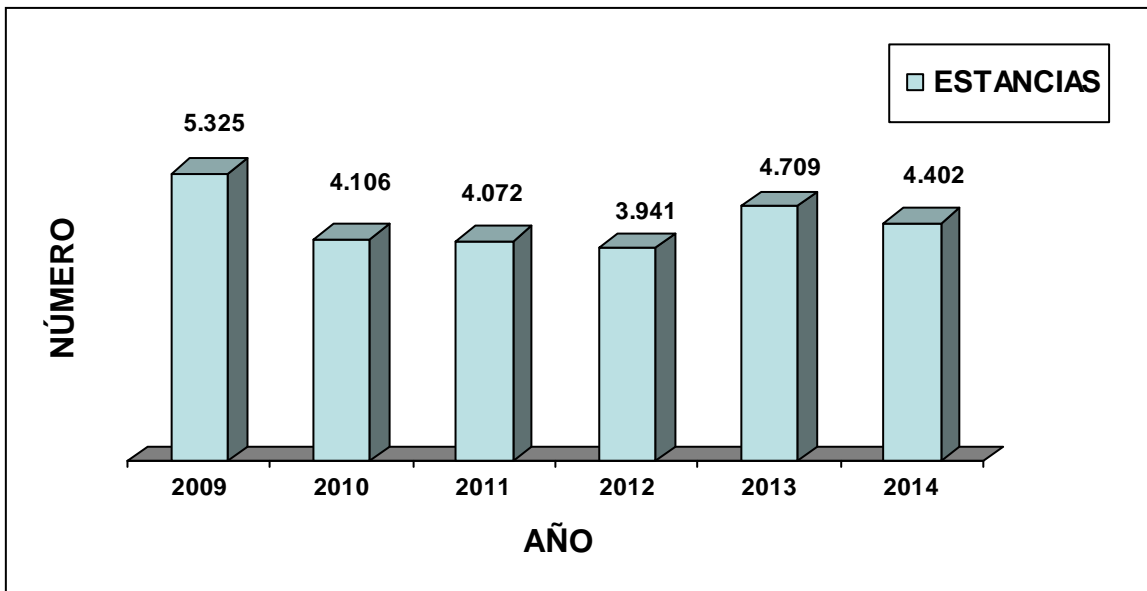
El número de altas dadas por los profesionales de la Unidad ha disminuido hasta en 21% desde el cambio del modelo en el año 2008, respecto a las cifras anteriores, manteniéndose prácticamente invariable desde entonces, con una ligera tendencia al alza, sobre un 9% en los últimos seis años, debido a la mayor demanda de pacientes, y que en todo caso, es sensiblemente inferior a la cifras de pacientes anteriores al modelo establecido a partir del año 2008.



- **Número de estancias**

El número de estancias ha disminuido notablemente en el periodo analizado, por disminuciones en estancia media y en IUE, muy notablemente desde el inicio de la actividad de la U.G.C. en el año 2008 y mantenido invariablemente desde entonces en disminuciones superiores al 70% de las cifras previas, como expresión de una actividad clínica de alta eficiencia en su gestión de pacientes, dado que ha ido acompañada de importantes disminuciones en mortalidad hospitalaria y de complicaciones mayores.

Todo ello ha mejorado de forma notable con la implementación del hospital de día médico y quirúrgico, que ha absorbido la gran mayoría de pacientes anteriormente hospitalizados, y que ha aumentado en cada ejercicio hasta situarse actualmente en más del 50% de las estancias hospitalarias anuales.



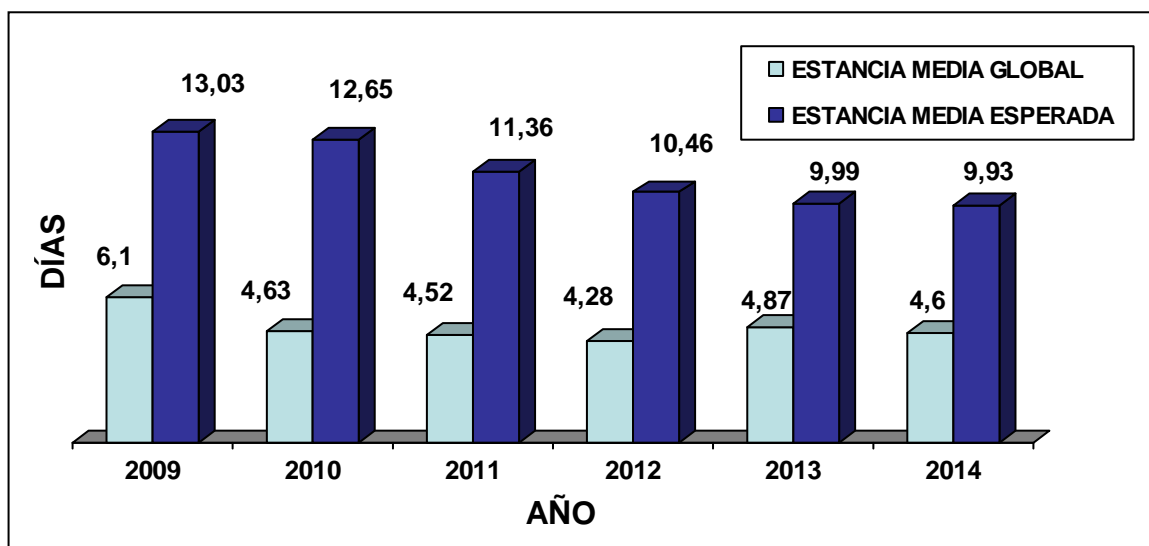
- **Estancia media global y estancia media esperada**

La Unidad mantiene una estancia media global por debajo de la estancia media esperada. Es de resaltar que el porcentaje de disminución de la estancia media ha sido muy superior durante todos los años analizados al porcentaje de disminución de la estancia media esperada, muestra de la continuidad en la aplicación de los conceptos de la gestión clínica y de la eficiencia en la U.G.C.

Área de mejora: Para evitar complicaciones no detectadas, la U.G.C. puso en marcha desde el inicio de su política de cortas estancias, un protocolo de revisiones precoces de todas las altas en periodos iguales o inferiores a los de su estancia hospitalaria, siendo los pacientes analizados clínicamente y, cuando fuese preciso, prescripción de pruebas complementarias y de imagen básicas, realizadas en la propia U.G.C.

Igualmente se realizan llamadas telefónicas de seguimiento a todos los pacientes en un plazo máximo de 48 horas tras el alta, cumplimentándose un cuestionario clínico básico para la detección de las complicaciones más frecuentes de los procedimientos.

Se ha instaurado un programa de visitas domiciliarias para los pacientes más incapacitados para acudir al hospital, realizadas por médico y enfermero, donde se realizan exámenes clínicos y pruebas diagnósticas básicas, así como cura de heridas complejas.



- **Estancia media preoperatoria programada**

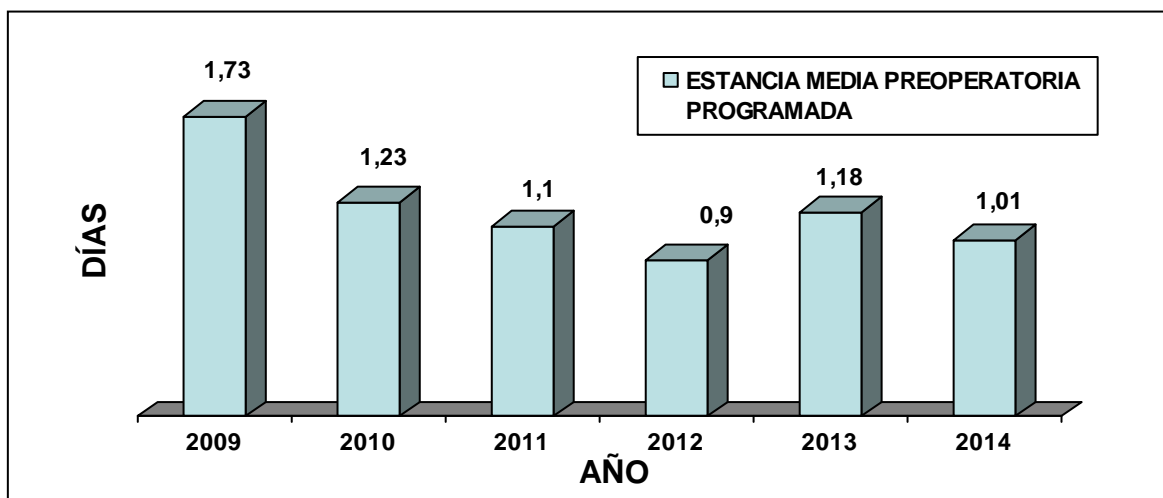
La estancia media preoperatoria programada tiende a disminuir en función del gráfico anexo. Es de resaltar que desde el inicio de la actividad clínica con el actual modelo de gestión, se ha producido una disminución del 86% de las estancias preoperatorias, permaneciendo estas estables en los últimos años, y aun con una tendencia a la disminución de las mismas de hasta un 36,8%.

Área de mejora: La Unidad tiene implantada la visita preoperatoria a todos los pacientes que sean propuestos para cirugía cardíaca, con entrevista personal y valoración del historial clínico, por parte del facultativo que haya de realizar la intervención, dada la importancia de la valoración preoperatoria para la aceptación o rechazo de los pacientes, explicación de los procedimientos a realizar, presentación de facultativos de CCV, indicación de pruebas diagnósticas adicionales, fisioterapia respiratoria previa a la intervención, etc.

Todos los pacientes de prioridad clínica dudosa o con empeoramientos clínicos, son nuevamente valorados, a fin de fijar una prioridad clínica y demora para cirugía apropiadas.

Todo ello evita estancias innecesarias, racionaliza las demoras quirúrgicas y ordena los pacientes por criterios estrictos de prioridad clínica y riesgo quirúrgico secundario a las demoras, al tiempo que evita perjuicio a los

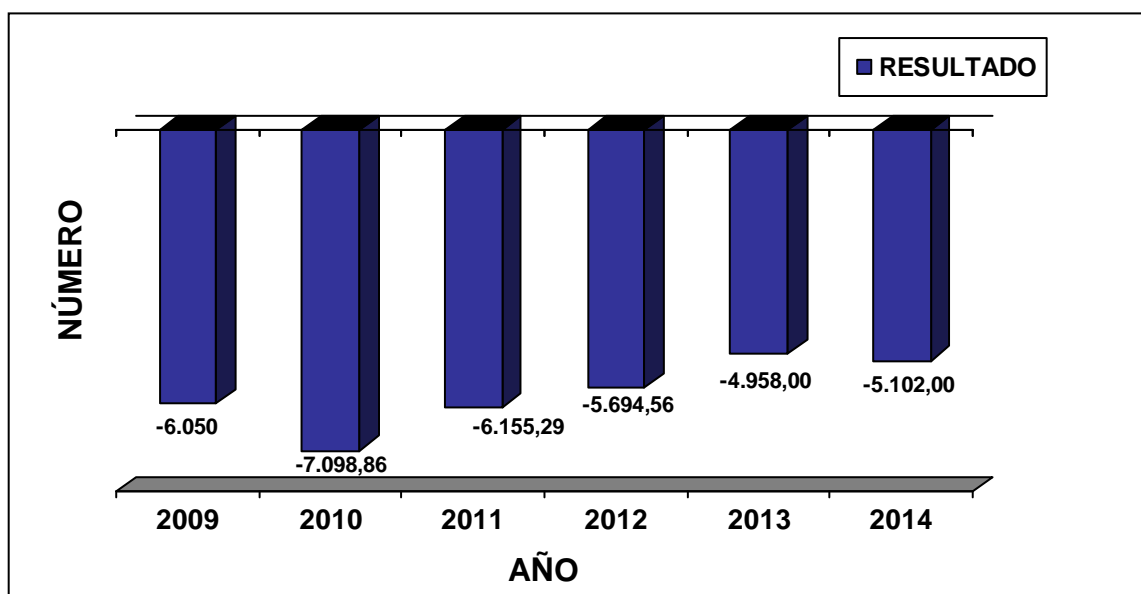
pacientes en demora quirúrgica común y evita la gestión inadecuada de la demora quirúrgica.



- **Estancias evitables**

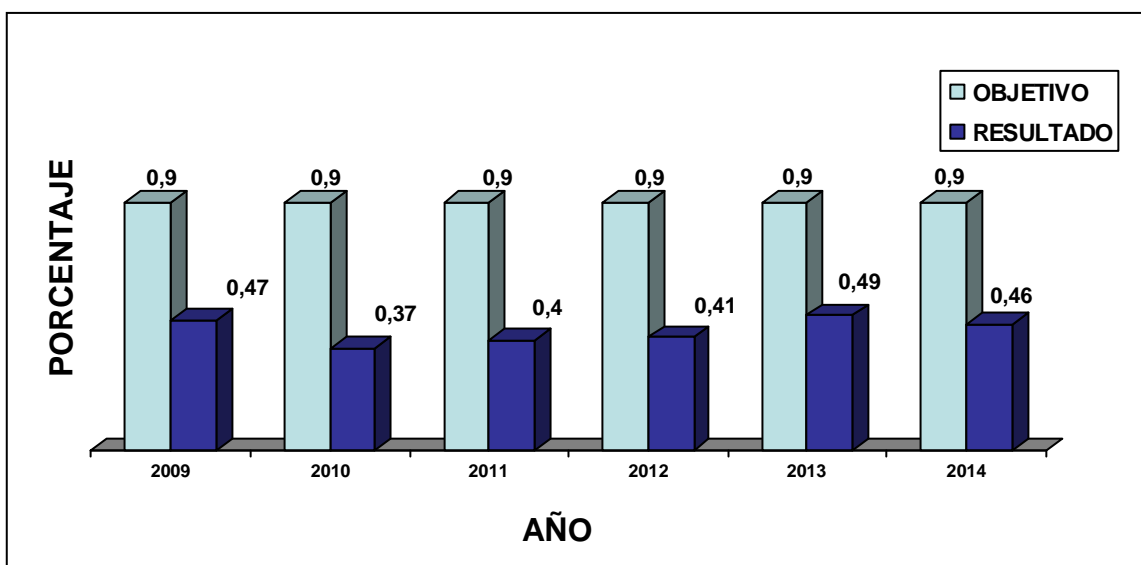
La Unidad ahorra al Hospital entre 5.000 – 7.000 estancias al año en el periodo analizado. Clásicamente, la unidad tenía un rango anual superior a 2.000 estancias evitables. A partir del cambio de modelo organizativo y de gestión, la unidad ha tenido, de forma invariable, un rango anual de al menos 5.000 estancias evitadas, siendo el diferencial anual en los años de mayor eficiencia de más de 8.000 estancias, y de más de 7.000 estancias en los años de menor eficiencia en la gestión de pacientes, datos estos de una gran relevancia en el conjunto de unidades clínicas de los SNS.

- **Área de mejora:** En el Servicio se continúa trabajando con la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria para pacientes quirúrgicos (recambios de generador, fístula arterio-venosas, Resección de varices) que no requieren ingreso hospitalario, evitando así estancias innecesarias.



- **Índice de utilización de estancias**

El Índice de utilización de estancias de la Unidad se sitúa y se mantiene muy por debajo del objetivo en el periodo analizado. Ya desde el inicio de la actual gestión de pacientes, el IUE se posicionó por debajo de 0,5 y se ha mantenido en esos niveles de forma invariable durante un periodo próximo a ocho años, dato este que se ha acompañado con descensos muy significativos en la mortalidad en la planta de hospitalización. No se conocen precedentes de este nivel de eficiencia en ninguna unidad clínica de los SNS con actividad clínica del volumen de la U.G.C. de CCV.



- **Porcentaje de reingresos urgentes < 30 días con igual Diagnóstico Principal**

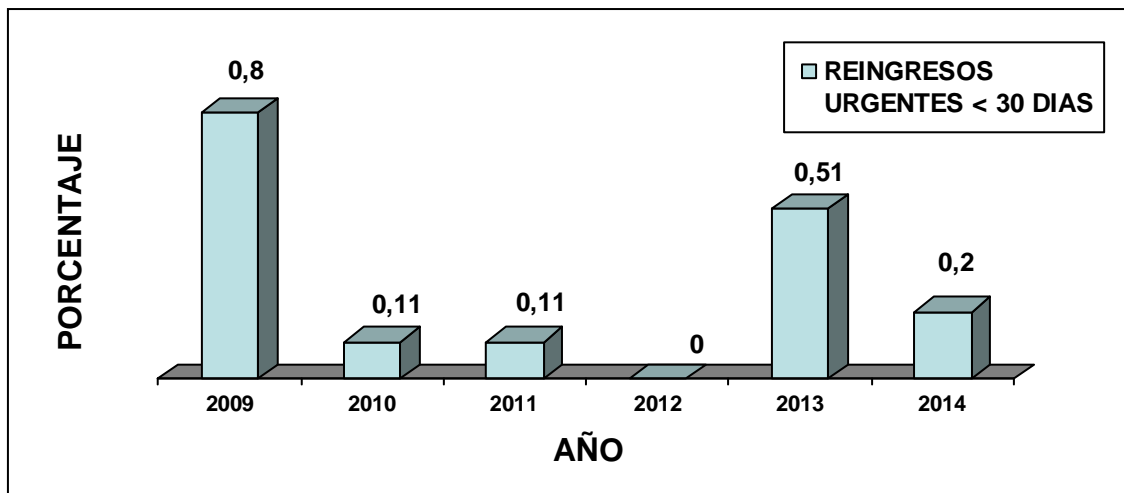
El porcentaje de reingresos urgentes en menos de 30 días con igual diagnóstico principal ha disminuido notablemente en el periodo analizado, a pesar del aumento de la complejidad case mix de los pacientes atendidos en la Unidad.

Área de mejora: La Unidad tiene implantada la visita postoperatoria en hospital de día, transcurridos 7 días desde el alta, a aquellos pacientes que hayan tenido un postoperatorio complicado o hayan sido dados de alta en menos de 5 días, evitando así reingresos urgentes.

Otra herramienta puesta en marcha por la Unidad para evitar reingresos urgentes ha sido el desarrollo de un procedimiento para el seguimiento telefónico de todos los pacientes dados de alta desde hospitalización, detectando así las posibles complicaciones derivadas del postoperatorio.

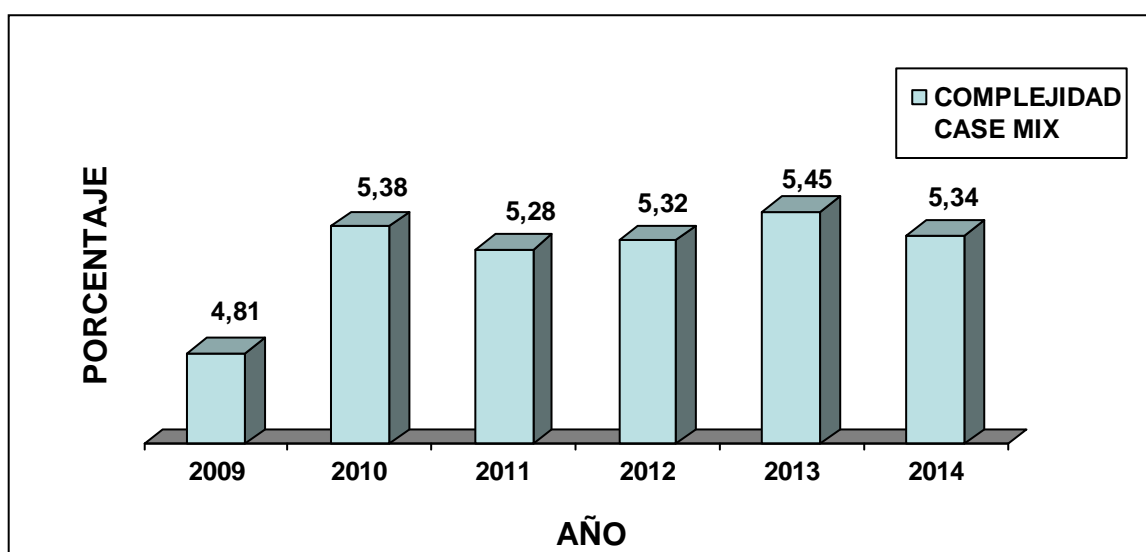
No obstante, ha de señalarse que durante los años en que el dato ha sido disponible, ha habido una disminución mayor aún en el índice de reingresos urgentes en 30 días debidos a complicaciones de la misma categoría

diagnóstica, dato este de mucha mayor relevancia que los reingresos urgentes por el mismo diagnóstico principal, dado a su mucho mayor poder de discriminación para complicaciones debidas a los procedimientos realizados, que son perfectamente incluidos en este tipo de análisis y que podían no ser identificados si únicamente se contabilizan los reingresos debidos al mismo diagnóstico principal.



- **Complejidad case mix**

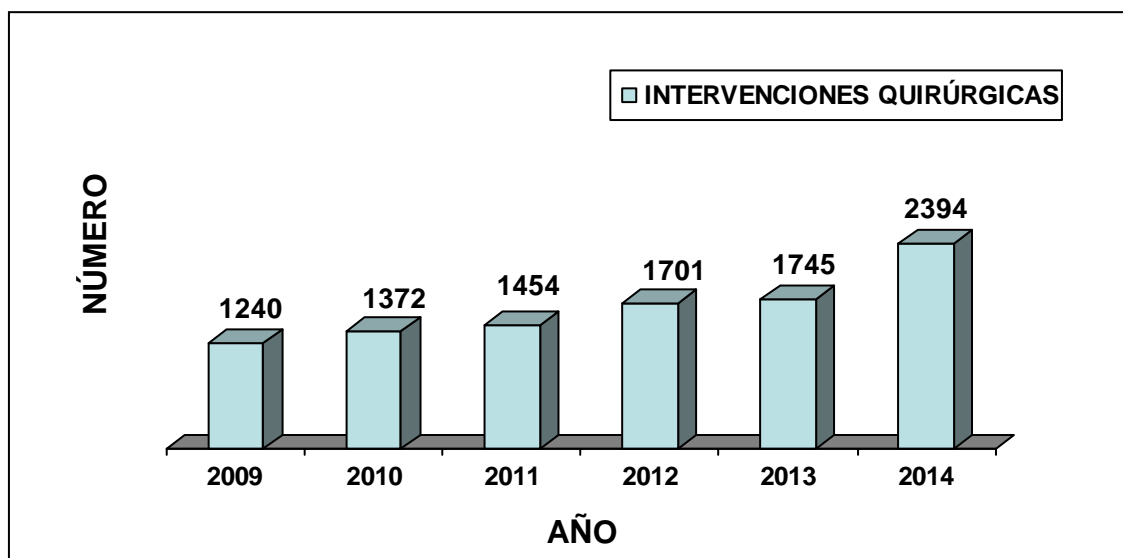
El porcentaje de complejidad case mix de los pacientes atendidos por la Unidad ha aumentado en el periodo analizado, en hasta un 36% respecto a los años previos al cambio de modelo de gestión, siendo de resaltar que la U.G.C. de CCV trata a los pacientes de mayor complejidad de todo el centro hospitalario, con la única excepción de la UCI, que atiende a pacientes de un perfil radicalmente diferente.



ÁREA QUIRÚRGICA:

- **Intervenciones quirúrgicas**

El número de intervenciones quirúrgicas ha ido en incremento en el periodo analizado.

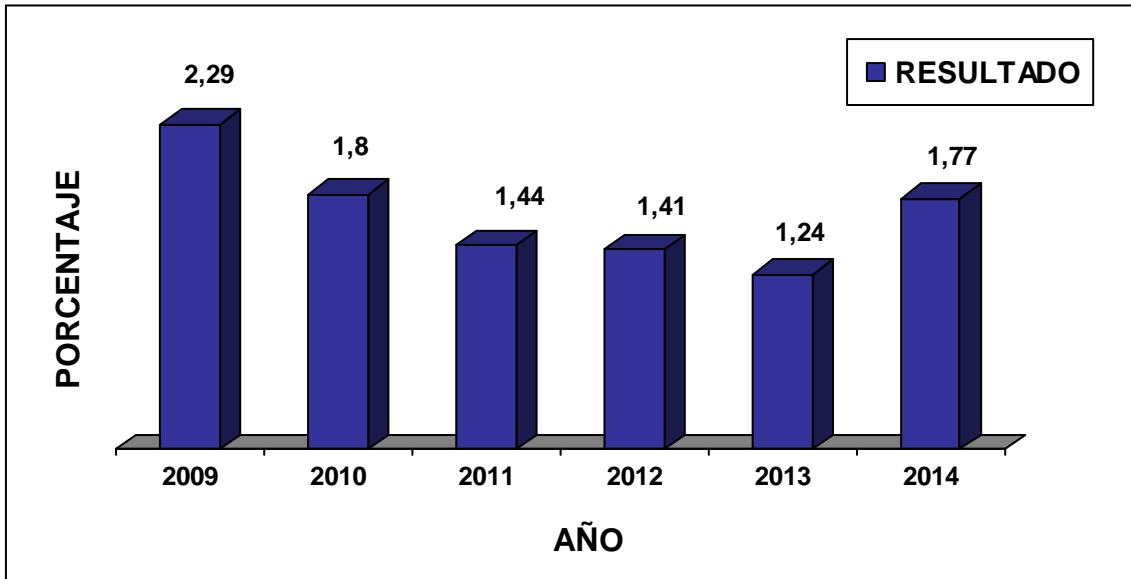


- **Mortalidad hospitalaria**

La tasa de mortalidad hospitalaria de la Unidad ha disminuido progresivamente en el periodo analizado, a pesar del aumento en la complejidad case mix de los pacientes atendidos en la Unidad.

Debe de resaltarse, por ser el dato de mayor importancia, una disminución en todos los datos de mortalidad, incluyendo la mortalidad global de cirugía programada, que se sitúa considerablemente por debajo de la predicción por Euroscore, y la mortalidad en planta de hospitalización para todo tipo de pacientes. Las cifras de mortalidad alcanzaron una disminución promedio de 58%, cifra esta de gran relevancia en planta de hospitalización, y hasta una disminución del 81% en algunos ejercicios en cirugía programada, todas ellas valoradas con análisis externo a nuestra unidad, como medida de objetividad y fiabilidad.

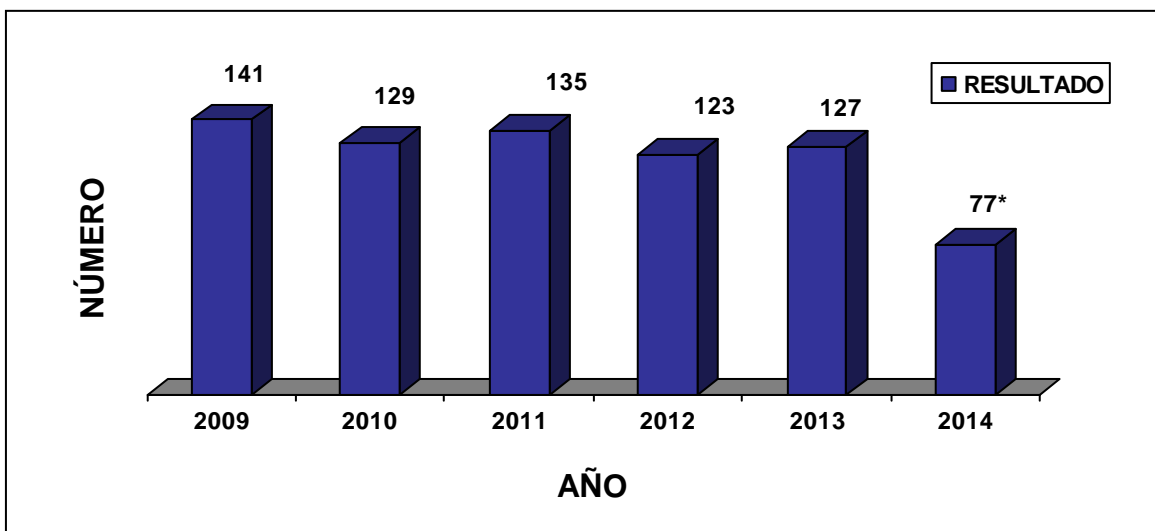
Las disminuciones tan marcadas son atribuibles fundamentalmente a una disminución paralela a la disminución de las estancias clínicas y preoperatorias de las infecciones nosocomiales, fundamentalmente neumonías, que son y han sido la causa principal de mortalidad en la cirugía cardiaca, tal y como demuestra ampliamente la evidencia.



- **Suspensiones**

El número de suspensiones de la Unidad ha disminuido en el periodo analizado, siendo ésta la tendencia en los últimos años.

Área de mejora: La Unidad tiene implantada la visita preoperatoria a todos los pacientes que sean propuestos para cirugía cardíaca, con entrevista personal y valoración del historial clínico, por parte del facultativo que haya de realizar la intervención, dada la importancia de la valoración preoperatoria para la aceptación o rechazo de los pacientes, explicación de los procedimientos a realizar, presentación de facultativos de CCV, indicación de pruebas diagnósticas adicionales, fisioterapia respiratoria previa a la intervención, etc.

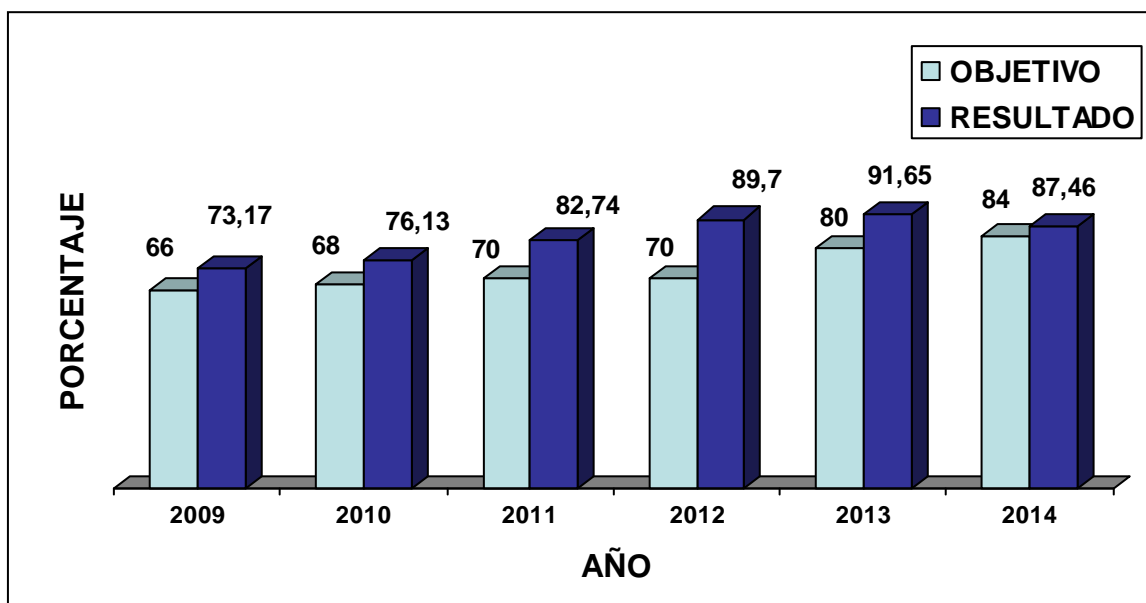


* El periodo analizado corresponde al periodo Enero – Julio.

CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN:

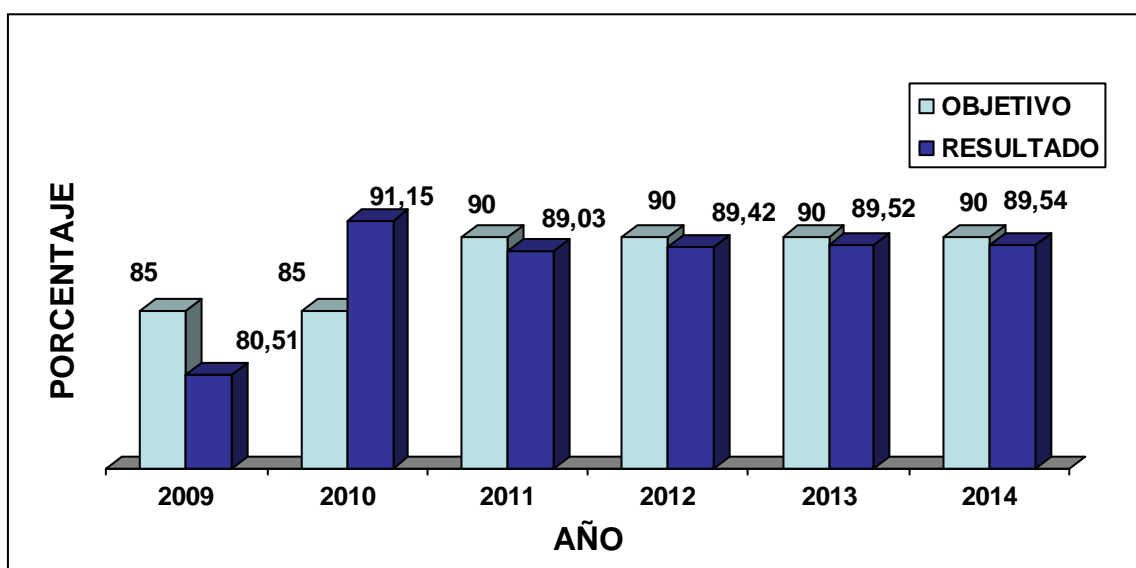
- **Recetas prescritas por “principio activo”**

La Unidad cumple con el objetivo de prescripción por “principio activo”, incrementando anualmente el porcentaje y aproximándose al 100%.



- **Prescripción de medicamentos de primera elección del grupo terapéutico “Inhibidores de la bomba de protones”**

La Unidad ha aumentado notablemente su porcentaje de prescripción de medicamentos de primera elección del grupo terapéutico “Inhibidores de la bomba de protones” respecto al año 2009, permaneciendo en los años posteriores sin variaciones significativas.



CONCLUSIÓN:

Los resultados analizados muestran con claridad como las estrategias de gestión y los resultados que se iniciaron con el cambio de modelo asistencial en la U.G.C. de CCV han tenido continuidad durante los años, y que tras ocho ejercicios, los resultados de calidad y eficiencia siguen al mismo nivel que en el inicio de la actividad clínica de la U.G.C., según el esquema actual.

La gestión de nuestra unidad clínica continúa realizándose según los principios básicos y avanzados de la gestión clínica, estrategia ésta en la que nuestra Unidad es referente en nuestra Comunidad Autónoma y en los Servicios Públicos de Salud de nuestro país.

El modelo asistencial ha cuidado especialmente la seguridad de los pacientes, como se demuestra en los resultados de mortalidad y complicaciones mayores, en relación con el modelo anterior y con el promedio de otras unidades de CCV de la CA de Andalucía, así como en relación a otras unidades clínicas de otras especialidades de nuestro centro hospitalario.

La minuciosidad clínica que se ha seguido y el compromiso y la dedicación de todo un equipo clínico y de gestión ha posibilitado una drástica disminución de estancias clínicas y preoperatorias y una gestión de los aspectos clínicos mucho más eficaz, incluyendo gestión de las demoras, modalidades de atención en planta de hospitalización, consultas externas, relaciones institucionales y otras.

Todo ello ha sido causa directa de la marcada mejoría de los resultados clínicos y de todos los parámetros de seguridad de pacientes, de los que todo el equipo se siente especialmente orgulloso, por ser todos ellos partícipes en los mismos.

El trabajo en equipo, la coordinación y la cohesión entre estamentos han sido armas poderosas en la consecución de los resultados y, muy especialmente, en su mantenimiento por un periodo tan prolongado, en contra de los vaticinios de una parte de incrédulos.

Al mismo tiempo se hizo una importante y dedicada gestión de todos los aspectos organizativos y económicos, a pesar de la delicada situación económica que aconteció a los hospitales públicos y a las unidades clínicas.

Al ser una unidad finalista no pudo hacerse una gestión directa del gasto en capítulo de material y bienes, aunque sí un profundo y continuado análisis del mismo para detectar posibles aspectos modificables y directamente gestionables por la unidad.

Debe resaltarse que el modelo organizativo y de gestión de la U.G.C. ha producido y produce una importante disminución del gasto en diversos aspectos, muy superior al incremento detectado en Capítulo II, y que ascienda a más de 400.000 € anuales solo en gasto farmacéutico, debido a la masiva contención de estancias hospitalarias, a lo que deben añadirse cifras importantes en dietas, analíticas, radiología, plan vacacional, aspectos diversos de personal, etc.

Finalmente, la U.G.C. de CCV ha hecho un desarrollo muy importante de los aspectos docentes y de investigación, con desarrollo de líneas muy importantes de investigación, que incluyen proyectos de investigación básica, investigación clínica y desarrollo tecnológico, con fondos públicos competitivos y acuerdos con instituciones públicas y privadas para el desarrollo de tecnología relacionada con la salud, acuerdos de formación, innovación y desarrollo de programas a nivel autonómico, nacional e internacional, de lo que todo el equipo de la unidad se siente especialmente satisfecho.

La unidad ha sabido organizarse en base a fuertes liderazgos, de todos los estamentos, que han podido articular su extensa actividad clínica, de gestión y de docencia e investigación.

Todos los estamentos están representados en los órganos directivos de la Unidad, representando un ejemplo de gobernanza clínica en nuestra CA de Andalucía y en el Estado Español.

La idea y plan de todos los componentes de la Unidad y de su dirección es continuar por la senda de la Calidad y de la Eficiencia como magnitudes directamente relacionadas, de la organización y de los aspectos docentes e investigadores, siendo un referente, en cada uno de esos aspectos, de los Sistemas Públicos de Salud de nuestra CA de Andalucía y de España.