



**ACUERDO DE GESTIÓN CLÍNICA
2011**

UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

Hospital Universitario Reina Sofía Córdoba



Córdoba, 15 de Noviembre de 2010

REUNIDOS

De una parte, la Unidad de Gestión Clínica de CIRUGÍA CARDIOVASCULAR y en su nombre y representación D. Ignacio Muñoz Carvajal, 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 2011

El Director de la Unidad

El Director Gerente del Hospital

Fdo.: D. Ignacio Muñoz Carvajal

Fdo.: D. José Manuel Aranda Lara



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 2011. 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)

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:
AUTOGESTION DE CAMAS	Gestionar ingresos, estancias y altas, según la política, ya consolidada, de unidad eficiente, con estancias cortas y tratamientos ambulatorios y de hospital de día preferentes, manteniendo la actividad actual y los resultados clínicos, con utilización, según esquema y proyecto elaborado a la dirección del centro, de la estructura completa de la planta de hospitalización 2ª A, en las modalidades recogidas en el mencionado proyecto. La UGC de CCV gestionaría, directamente la utilización de las camas de hospitalización y demás modalidades asistenciales de la planta de hospitalización, con independencia de los servicios centrales de admisión del centro.
GESTION ECONOMICA	Avanzar en la gestión del presupuesto operativo de la UGC de CCV, conjuntamente con la dirección económica de la institución. Considerar en el ejercicio económico la gestión de pacientes y de estancias hospitalarias, como parte del mismo y como medida de la eficiencia de las unidades clínicas, con valoración económica de las estancias hospitalarias y la eficiencia derivada de las mismas.
GESTION DE PERSONAL	Competencias en contratación y asignación de turnos y horarios, atención continuada, continuidad asistencial, jornadas extraordinarias, procesos asistenciales etc., de acuerdo a la legislación vigente y al presupuesto asignado.
GESTION DE LA DEMANDA QUIRURGICA	Cumplimiento de los decretos de garantías de plazos para intervenciones quirúrgicas.
GESTION DE LA ASISTENCIA POSTOPERATORIA INMEDIATA	La UGC de CCV precisa, para su adecuado funcionamiento, y la mejoría de sus resultados clínicos, que deben ser acordes con los de gestión estructural, gestionar e incorporar a su estructura, bajo su control, a la unidad de cuidados postoperatorios, cuya única actividad es la atención de los pacientes de la UGC de CCV, encaminando la actividad de la misma hacia una gestión de los pacientes, de las estancias, y de los protocolos asistenciales, acordes al funcionamiento y a la filosofía de UGC de CCV y de la gestión clínica en general, con independencia de que la citada unidad de cuidados postoperatorios se encuentre físicamente en el lugar que actualmente ocupa o en otro alternativo y que cuente con los profesionales que actualmente la gestionan o con aquellos que, en su caso, fuesen designados para tal cometido, o, al menos, de forma inicial, conseguir una vinculación parcial a la UGC de CCV, de la unidad de cuidados postoperatorios y del personal que la integren.



4. OBJETIVOS COMUNES.

Los objetivos comunes representan el 60% del peso total y se distribuyen en las siguientes Áreas:

ÁREA 1: Capítulo I.

Objetivo número 1: La Unidad de Gestión Clínica de CIRUGÍA CARDIOVASCULAR se marca como Objetivo para el año 2011 cumplir con el presupuesto asignado en Capítulo I:

PRESUPUESTO ASIGNADO EN CAPÍTULO I	
CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	1.499.046.00

Indicador: Capítulo I

Fórmula: Gasto 2011 en Capítulo I de la Unidad <= Presupuesto asignado en Cap.I para 2011

Fuente: Gerhonte

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

Peso: 3

Límite Superior (Óptimo)/Límite Inferior: Cumple/ No cumple

Observaciones: La cantidad asignada en Capítulo I será objeto de revisión a lo largo del año 2011 para recoger las posibles incidencias que se produzcan.

Objetivo número 2: La Unidad de Gestión Clínica de CIRUGÍA CARDIOVASCULAR se marca como Objetivo para el año 2011 disminuir el absentismo del personal de la unidad. Para ello situará el porcentaje de absentismo en el 3,5% en el año 2011.

Indicador: Porcentaje de 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 (Óptimo)/Límite Inferior: 3.5% -4.5%

ÁREA 2. Capítulo II y IV.

Objetivo número 3. La Unidad de Gestión Clínica de CIRUGIA CARDIOVASCULAR se marca como Objetivo para el año 2011 cumplir con el presupuesto asignado para material ortoprotésico

CIRUGIA CARDIOVASCULAR	Objetivo 2.010
ORTOPEDIA	77.705

Indicador: Uso racional del material ortoprotésico

Fórmula: (Gasto 2010 en material ortoprotésico – Presupuesto asignado 2011) / presupuesto asignado x 100

Fuente: Coahn-HyD

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

Peso: 8

Límite Superior/Inferior: Cumple/no cumple

ÁREA 3: Accesibilidad

Objetivo número 4. La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Cardiovascular se marca como objetivo para el año 2011 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 Cardiovascular se marca como objetivo para el año 2011 incrementar en un 7% 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: 5

Límite Superior/Límite Inferior: 1,90/1,79

Objetivo número 6. La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar se marca como objetivo para el año 2011, 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 CARDIOVASCULAR se marca como objetivo para el año 2010, 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. Hospitalización

Objetivo número 8: La Unidad de Gestión Clínica de CIRUGÍA CARDIOVASCULAR se marca como objetivo para el año 2011, 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.

Peso del Objetivo: 4 puntos

Subindicador 8 A) Índice de Utilización de Estancias.

Fórmula: Estancia media observada/ estancia media esperada bajo estándar andaluz.

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

Metodología de Evaluación: CMBDH e Informe del Servicio de Calidad y Documentación Clínica.

Peso del subindicador: 90% de los 12 puntos = 10.8 puntos

Límite Superior (Óptimo)/Límite Inferior: 0,90/1.

Subindicador 8 B) Realización de al menos dos AEPs (Plan de actuación e Informe).

Fórmula/Criterio de cumplimiento: 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: Servicio de Calidad y Documentación Clínica y Unidad de Gestión Clínica

Metodología de Evaluación: 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 del subindicador: 10% de los 12 puntos = 1.2 puntos

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



Objetivo número 9. La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Cardiovascular se marca como objetivo para el año 2010, mantener el resultado del año 2010 en estancia media **preoperatoria programada**. Objetivo compartido con Anestesia

Límite Superior/Límite inferior: Cumple/no cumple

Fuente: CMBD

Fórmula: Estancia media preoperatoria programada valor primer semestre 2010: 1,64

Metodología de Evaluación: CMBDH e Informe del Servicio de Calidad y Documentación Clínica.

Peso: 4 puntos

ÁREA 3: ORIENTACIÓN AL CIUDADANO, SATISFACCIÓN Y PERSONALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN

Objetivo número 10: La Unidad de Gestión Clínica de CIRUGÍA CARDIOVASCULAR se marca como objetivo para el año 2011 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 del objetivo: 2 puntos

Subindicador A) Grupos Focales: a lo largo del año la Unidad de Gestión Clínica de CIRUGÍA TORÁCICA Y TRASPLANTE PULMONAR realizará al menos un Grupo focal para conocer la opinión de sus usuarios con especial interés en las dimensiones de accesibilidad, trato e información.

Criterio de Cumplimiento: Realización de al menos un grupo focal, Informe de Resultados y abordaje de al menos 3 áreas de mejora (accesibilidad, trato e información).

Fuente: UGC y Servicio de Calidad y Documentación Clínica.

Metodología de Evaluación: Certificado de realización del Grupo Focal e Informe de resultados por parte del Servicio de Calidad. Informe de actuaciones emprendidas sobre al menos 3 áreas de mejora detectadas (accesibilidad, trato en información) con evaluación inicial de su impacto, por parte de la UGC.

Límite Superior/Límite Inferior: Cumple / No cumple

Peso del subindicador: 50% de los 2 puntos: 1 punto

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 realizará 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 X 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 (Óptimo)/Límite Inferior: 0 /1 por 1000 pacientes atendidos. Presentación de informe con propuestas de mejora

Peso del subindicador: 50% de los 2 puntos: 1 punto



ÍNDICE SINTÉTICO DE OBJETIVOS DE ORIENTACIÓN AL CIUDADANO		
Grupos Focales	Nº Reclamaciones x 1.000 pac. (Motivos seleccionados)	Función de Valor
CUMPLE	0	10
	> 0 - 0,11	9
	> 0,11 - 0,22	8
	> 0,22 - 0,33	7
	> 0,33 - 0,44	6
	> 0,44 - 0,56	5
	> 0,56 - 0,67	4
	> 0,67 - 0,78	3
	> 0,78 - 0,89	2
	> 0,89 - 1	1
NO CUMPLE	> 1	0
p1= 50	p2= 50	100
		Peso relativo
		Resultado
		Resultado obtenido
A	B	Resultado ponderado

ÁREA 5.- Investigación

La Unidad de Gestión Clínica de CIRUGÍA CARDIOVASCULAR desarrolla su investigación en las siguientes líneas de investigación:

1.- TRATAMIENTO DE PATOLOGIA DE LOS ANEURISMAS DE AORTA TORACICA Y ABDOMINAL
2.- INSUFICIENCIA MITRAL
3.- TERAPIA CELULAR
4.- ASISTENCIA CIRCULATORIA Y RESPIRATORIA

Objetivo número 11: La Unidad de Gestión Clínica de CIRUGIA CARDIOVASCULAR se marca como objetivo para el año 2011 realizar 2 publicaciones en revistas indexadas en las que participen al menos 2 miembros de la Unidad.

Indicador: Publicaciones en revistas indexadas

Fórmula: Número de publicaciones en revistas indexadas en las que participen al menos 2 miembros del servicio.

Fuente: Unidad de Gestión Clínica.

Metodología de Evaluación: Presentación de las publicaciones realizadas e informe del Director de la Unidad de Gestión Clínica con el resultado obtenido.

Peso: 2,5

Límite Superior(Óptimo)/Límite Inferior: 2 / 0 publicaciones en revistas indexadas.

Revistas indexadas: Incluidas en Science Index o en Social Science Index. Se pueden consultar en el Portal de Acceso a la Web of Knowledge (WoK) de la FECyT (<http://accesowok.fecyt.es/>).

Requisito para la evaluación de los objetivos de Investigación: Para la evaluación de los objetivos de investigación será requisito indispensable que la Unidad elabore el **Plan Estratégico de Investigación** de



la Unidad y realice la evaluación inicial de su puesta en marcha. Para ello seguirá las indicaciones de la "Guía de elaboración del Plan Estratégico de Investigación en las Unidades" que facilitará el IMIBIC antes de final de enero de 2011.

Objetivo número 12: La Unidad de Gestión Clínica de CIRUGIA CARDIOVASCULAR se marca como objetivo para el año 2011 presentar 5 comunicaciones orales a congresos científicos nacionales, internacionales o regionales en las que participen al menos 2 miembros de la Unidad.

Indicador: Comunicaciones orales presentadas a congresos

Fórmula: Número de comunicaciones orales presentadas a congresos científicos nacionales, internacionales o regionales en las que participen al menos 2 miembros de la Unidad.

Fuente: Unidad de Gestión Clínica.

Metodología de Evaluación: Presentación de los Certificados acreditativos de las Comunicaciones realizadas e informe del Director de la Unidad de Gestión Clínica con el resultado obtenido.

Peso: 2,5

Límite Superior/Límite Inferior: 5 / 0 comunicaciones.

Requisito para la evaluación de los objetivos de Investigación: Para la evaluación de los objetivos de investigación será requisito indispensable que la Unidad elabore el **Plan Estratégico de Investigación** de la Unidad y realice la evaluación inicial de su puesta en marcha. Para ello seguirá las indicaciones de la "Guía de elaboración del Plan Estratégico de Investigación en las Unidades" que facilitará el IMIBIC antes de final de enero de 2011.



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 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 los objetivos específicos, basándose en un análisis de situación básico de la Unidad. Para cada uno de estos objetivos se deberá rellenar la ficha que aparece más adelante. Se hará una ficha por problema o aspecto mejorable. Por cada área estratégica puede haber 0, 1 ó más de 1 fichas, una para cada uno de los objetivos propuestos.

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 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 I 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



Objetivos Específicos: Lista Resumen

E	1	Ajustar la mortalidad obtenida en + - 5% del indicado por el predictor Euroscore, en cirugía cardíaca programada
E	2	Haber conseguido la acreditación en al menos el 15 % de los profesionales acreditables al final del año 2.011.
E	3	Configuración de Web corporativa acorde a los requerimientos de información y accesibilidad del usuario a la UGC de CCV
E	4	Creación e inicio de actividad de grupo de gestión económica y de recursos asistenciales de la UGC de CCV
E	5	Elaboración de plan general para la patología pie diabético
E	6	Elaboración de calendario de sesiones conjuntas con la UGC de cardiología, encaminado a la formación y presentación de resultados, en relación a la actividad clínica de la UGC de cardiología y la UGC de CCV
E	7	Elaboración de cronograma de sesiones específicas de formación continuada en la UGC de CCV
E	8	Valoración preoperatorio durante la estancia diagnóstica de los pacientes que hayan de incluirse en lista de espera quirúrgica.
E	9	Elaborar protocolos de actuación consensuados para la atención de los pacientes que ingresan en la unidad de CMA y en Hospital de Día, con el fin de minimizar la variabilidad en la práctica clínica.
E	10	Identificar correctamente a los pacientes, mediante pulsera identificativa durante su estancia de hospitalización.
E	11	Disminución de los casos de Infección Nosocomial de localización quirúrgica en revascularización miocárdica.
E	12	Disminución de los casos de Infección Nosocomial de localización quirúrgica en sustitución de válvula cardíaca.



Objetivo específico 1 AREA: CALIDAD

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:
CONTROL SOBRE LOS RESULTADOS CLINICOS
Datos e indicadores en los que se sustenta:
Escasez de controles oficiales sobre resultados clínicos y relación con determinantes de riesgo
INTERVENCIONES CLÍNICAS Y ORGANIZATIVAS BASADAS EN EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y/O EMPÍRICAS, QUE PERMITAN MEJORAR EL PROBLEMA DETECTADO
Enunciado de la intervención:
Ajustar la mortalidad quirúrgica programada al predictor de riesgo EUROSCORE
Razonamiento que justifica la intervención:
Necesidad de adaptar los resultados clínicos a predictores de riesgo validados por la experiencia clínica general
Aspectos más relevantes de la intervención (actividades y procedimientos a desarrollar, cronograma y responsable de su desarrollo e implantación):
Actividades: control preciso y exhaustivo de resultados de mortalidad obtenida y de mortalidad prevista, antes y después de los procedimientos. Procedimientos: elaboración rutinaria de store de riesgo Euroscore en cada paciente Cronograma: Inicio en enero de 2011 Responsables: facultativos y enfermería de la UGC
Definir de forma clara y concisa el Objetivo para el año 2.011 relacionado con esta actividad
Ajustar la mortalidad obtenida en del indicador por el predictor Euroscore, en cirugía cardiaca programada
Indicador para la medición del objetivo, fuente de la información y límite inferior y superior del objetivo y el peso que tendrá sobre los 40 puntos adjudicados a los obj. específicos:
Indicador: Fórmula (o Criterio de Cumplimiento): mortalidad esperada/mortalidad obtenida Fuente de Información: registro Ariam Metodología de evaluación (ej.: Auditoría de HC, Explotación del registro e Informe de Resultados,..) Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior: L.S.: Mortalidad obtenida \leq Mortalidad esperada según Euroscore en cirugía cardiaca programada última versión / L.I.: Mortalidad obtenida sea $>5\%$ respecto al valor de mortalidad esperada según Euroscore última versión en cirugía programada Situación de partida (valor de referencia): Mortalidad según predictor Euroscore en cirugía cardiaca programada Peso del Objetivo: 4
En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o unidades de gestión clínica, enumerar dichas unidades:
Compartido con: UCI, Anestesia
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):
Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:



Objetivo específico 2 AREA: ACREDITACIÓN PROFESIONAL

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:

Acreditación de las competencias profesionales en la UGC

Datos e indicadores en los que se sustenta:

Ausencia de acreditación de competencias en la UGC de CCV. Conveniencia de realizar las acreditaciones de competencias para los objetivos actuales y futuros de la UGC

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

Enunciado de la intervención:

Cumplimentar la autoevaluación de la unidad de gestión clínica antes de octubre de 2011 en la aplicación Mejora_C y obtener la fecha de visita externa por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía para que la unidad sea evaluada

Razonamiento que justifica la intervención:

Mejoría objetiva esperada de los niveles profesionales y de la actividad general clínica y de gestión de la UGC, tras la acreditación

Aspectos más relevantes de la intervención (actividades y procedimientos a desarrollar, cronograma y responsable de su desarrollo e implantación):

Actividades: Inicio de la acreditación

Procedimientos: Contacto con Servicio de Calidad del centro

Cronograma: 2011.

Responsables: director UGC, supervisora hospitalización, supervisora área de quirófanos

Definir de forma clara y concisa el Objetivo para el año 2011 relacionado con esta actividad

Haber conseguido la autoevaluación antes de finalizar el año 2011

Indicador para la medición del objetivo, fuente de la información y límite inferior y superior del objetivo y el peso que tendrá sobre los 40 puntos adjudicados a los obj. específicos:

Indicador:

Fórmula (o Criterio de Cumplimiento): No aplica

Fuente de Información: Agencia Andaluza de calidad

Metodología de evaluación (ej.: Auditoría de HC, Explotación del registro e Informe de Resultados,..)

Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior: LS: Cumple / L.I.: No cumple

Situación de partida (valor de referencia):

Peso del Objetivo: 4

En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o unidades de gestión clínica, enumerar dichas unidades:

Compartido con:

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):

Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:



Objetivo específico 3 AREA: ACCESIBILIDAD INFORMACIÓN

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:

Accesibilidad a la información mediante página Web corporativa

Datos e indicadores en los que se sustenta:

Información escasa en la Web corporativa acerca de la UGC de CCV

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

Enunciado de la intervención:

Configuración de Web corporativa acorde a los requerimientos de información y accesibilidad del usuario a la UGC de CCV

Razonamiento que justifica la intervención:

Necesidad de información completa, veraz y objetiva, que permita al usuario un conocimiento e información suficientes para valorar las posibilidades terapéuticas de la UGC, su cartera de servicios, el perfil de sus profesionales y sus datos de resultados clínicos y de gestión, así como las vías de acceso a las diversas modalidades con que cuenta la UGC de CCV., lo cual se considera de vital importancia en una sanidad de calidad y fácil accesibilidad.

Aspectos más relevantes de la intervención (actividades y procedimientos a desarrollar, cronograma y responsable de su desarrollo e implantación):

Actividades: reforma gradual de la web corporativa, que incluya, entre otras, la siguiente información:

- Cartera de servicios de la UGC
- Plantel completo de profesionales, con sus rangos y áreas de responsabilidad
- Estructura y organización de la UGC
- Resultados clínicos, incluyendo mortalidad obtenida y esperada, global y en las diferentes modalidades asistenciales. -Perfil y currículum de profesionales
- Resultados de gestión de la UGC, en sus diferentes modalidades asistenciales.
- Actividad científica de la UGC
- Iconografía en imágenes de la actividad y profesionales de la UGC
- Distinciones y acreditaciones de la UGC
- Artículos de prensa.
- Posibilidad de contacto de usuarios con la UGC a través de la Web. Procedimientos: Cronograma:

Responsables:

Definir de forma clara y concisa el Objetivo para el año 2.011 relacionado con esta actividad

Adaptación de la Web corporativa de la UGC de CCV a los actuales requerimientos de información y accesibilidad.

Indicador para la medición del objetivo, fuente de la información y límite inferior y superior del objetivo y el peso que tendrá sobre los 40 puntos adjudicados a los obj. específicos:

Indicador: información de la UGC en la web corporativa

Fórmula (o Criterio de Cumplimiento): Informe de la unidad de comunicación

Fuente de Información: WEB

Metodología de evaluación (ej.: Auditoría de HC, Explotación del registro e Informe de Resultados,..)

Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior: Cumple / No cumple

Peso del Objetivo: 4

En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o unidades de gestión clínica, enumerar dichas unidades:

Compartido con: Servicio de informática y unidad de comunicación

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):

Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:



Objetivo específico 4: AREA: PRESUPESTOS

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:

Gestión económica y de material de la UGC

Datos e indicadores en los que se sustenta:

Ausencia de personal específico en esta área

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

Enunciado de la intervención:

Creación e inicio de actividad de grupo de gestión económica y de recursos asistenciales de la UGC de CCV

Razonamiento que justifica la intervención:

Necesidad de control exhaustivo y riguroso de los presupuestos operativos y de los recursos asistenciales, así como de personal, de la UGC de CCV

Aspectos más relevantes de la intervención (actividades y procedimientos a desarrollar, cronograma y responsable de su desarrollo e implantación):

Actividades: Creación de grupo de trabajo interestamental para la valoración y gestión periódica de los recursos humanos y materiales, gestión de presupuestos, política de material, relación con proveedores, control de absentismo laboral y eficiencia general de la UGC. El grupo se reunirá con una periodicidad al menos QUINCENAL, y solicitará informes a las direcciones económica, de personal, de compras etc, emitiendo informes periódicos acerca de la situación de los presupuestos, personal y gestión de material y recursos generales de la UGC. El grupo estará constituido por un mínimo de tres personas y presidido por el director de la UGC.

Procedimientos:

Cronograma:

Responsables:

Definir de forma clara y concisa el Objetivo para el año 2.011 relacionado con esta actividad

Creación e inicio de actividad de grupo de gestión económica y de recursos generales de la UGC

Indicador para la medición del objetivo, fuente de la información y límite inferior y superior del objetivo y el peso que tendrá sobre los 40 puntos adjudicados a los obj. específicos:

Indicador: Informes, al menos trimestrales, acerca de la situación económica y de gestión de recursos de la UGC, indicando las líneas estratégicas que en cada caso se establezcan para mejorar la eficiencia general de la UGC ,preservando la calidad asistencial.

Fórmula (o Criterio de Cumplimiento): número de productos diferentes utilizados en la unidad en 2011/número de productos diferentes utilizados en la unidad en 2010 < 10%

Fuente de Información: información económica

Metodología de evaluación informes económicos trimestrales

Límite Superior (óptimo) 0.9 / Límite Inferior: 1

Situación de partida (valor de referencia): productos utilizados en 2010

Peso del Objetivo: 4

En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o unidades de gestión clínica, enumerar dichas unidades:

Compartido con:

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):

Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:



Objetivo específico 5 AREA: ACCESIBILIDAD

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:

Atención para la patología pie diabético

Datos e indicadores en los que se sustenta:

Dificultad para el control de los pacientes con la patología pie diabético

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

Enunciado de la intervención:

Elaboración de plan general para la patología pie diabético

Razonamiento que justifica la intervención:

Gran cantidad de pacientes afectos de esta patología, con importante sobrecarga asistencial, dificultades para la accesibilidad y dificultades para el adecuado seguimiento.

Aspectos más relevantes de la intervención (actividades y procedimientos a desarrollar, cronograma y responsable de su desarrollo e implantación):

Actividades: Creación de una consulta específica, en horario de mañana, al menos 3 días semanales, para la atención de los pacientes con pie diabético. Coordinación con atención primaria, que dispondrá de acceso directo a la atención especializada, en un plazo inferior a 7 días, y con las actuales estructuras de tratamiento del pie diabético, tales como hospital de día y consulta de curas vasculares, creándose, de esta forma, toda una estructura que debe conseguir el control integral de todos los pacientes afectos de pie diabético de nuestra área. El personal de esta consulta será el resultante de los excedentes que pudieran derivarse de las modalidades de gestión de la UGC de CCV, siempre y cuando no se realicen cambios relevantes en la estructura asistencial de la planta de hospitalización de la UGC de CCV

Procedimientos:

Cronograma:

Responsables:

Definir de forma clara y concisa el Objetivo para el año 2.011 relacionado con esta actividad

Aumento de la accesibilidad hospitalaria para la patología de pie diabético

Indicador para la medición del objetivo, fuente de la información y límite inferior y superior del objetivo y el peso que tendrá sobre los 40 puntos adjudicados a los obj. específicos:

Indicador:

“Creación de una consulta específica, en horario de mañana, al menos 3 días semanales, para la atención de los pacientes con pie diabético. Coordinación con atención primaria, que dispondrá de acceso directo a la atención especializada, en un plazo inferior a 7 días, y con las actuales estructuras de tratamiento del pie diabético, tales como hospital de día y consulta de curas vasculares, creándose, de esta forma, toda una estructura que debe conseguir el control integral de todos los pacientes afectos de pie diabético de nuestra área”.

Fuente de Información: registro propio de las áreas asistenciales.

Metodología de evaluación (ej.: Auditoría de HC, Explotación del registro e Informe de Resultados,..)

Límite Superior cumple (óptimo) / Límite Inferior: no cumple

Situación de partida (valor de referencia):

Peso del Objetivo: 4

En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o unidades de gestión clínica, enumerar dichas unidades:

Compartido con:

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):

Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:



Objetivo específico 6 AREA: FORMACIÓN

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:

Investigación

Datos e indicadores en los que se sustenta:

Escasas líneas de investigación

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

Enunciado de la intervención:

Abrir una línea de investigación oficial liderada por la unidad o en colaboración con otras líneas de investigación ya emprendidas para el desarrollo de modelos experimentales de insuficiencia cardiaca y sus tratamiento mediante el desarrollo y uso de dispositivos implantables de asistencia circulatoria

Razonamiento que justifica la intervención:

Importancia del control de resultados clínicos, análisis de casos clínicos relevantes

Aspectos más relevantes de la intervención (actividades y procedimientos a desarrollar, cronograma y responsable de su desarrollo e implantación):

Actividades: elaboración de calendario de sesiones, de periodicidad mínima mensual, alternativas para la UGC de cardiología y la UGC de CCV, cuya responsabilidad directa recaerá en los tutores docentes de ambas unidades y en los residentes de último año de las mismas.

Procedimientos: Sesiones clínicas, en formato audiovisual, acerca de bibliografía relativa a patología cardiovascular, casos clínicos de pacientes tratados y presentación de resultados de la actividad clínica de ambas unidades

Cronograma: periodicidad quincenal

Responsables: responsables de docencia y residentes de 5º año.

Definir de forma clara y concisa el Objetivo para el año 2.011 relacionado con esta actividad

Elaboración de calendario de sesiones formativas y de presentación de resultados, conjunta de las UGC de cardiología y CCV

Indicador para la medición del objetivo, fuente de la información y límite inferior y superior del objetivo y el peso que tendrá sobre los 40 puntos adjudicados a los obj. específicos:

Indicador: Número de sesiones conjuntas realizadas

Fórmula (o Criterio de Cumplimiento):

Fuente de Información: Informe de los responsables de docencia de ambas UGC y presentación del calendario de sesiones realizadas.

Metodología de evaluación (ej.: Auditoría de HC, Explotación del registro e Informe de Resultados,..)

Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior: 20 sesiones / 10 sesiones

Situación de partida (valor de referencia):

Peso del Objetivo: 4

En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o unidades de gestión clínica, enumerar dichas unidades:

Compartido con: Cardiología

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):

Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:



Objetivo específico 7 AREA: FORMACIÓN

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:

Formación continuada

Datos e indicadores en los que se sustenta:

Escasez actual de sesiones de formación continuada en la UGC de CCV

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

Enunciado de la intervención:

Elaboración de cronograma de sesiones específicas de formación continuada en la UGC de CCV

Razonamiento que justifica la intervención:

Conveniencia de realizar docencia como parte fundamental en la actividad de toda unidad clínica que pretenda aportar calidad a su actividad asistencial

Aspectos más relevantes de la intervención (actividades y procedimientos a desarrollar, cronograma y responsable de su desarrollo e implantación):

Actividades: sesiones diaria, en horario de tarde, con residentes de la UGC de CCV, de lunes a jueves.

Procedimientos: Sesiones de actividad clínica, casos clínicos tratados, bibliografía, gestión, idioma inglés, resultados, estudio de pacientes ingresados etc.

Cronograma: diaria, de lunes a jueves.

Responsables: director de UGC, tutor de residentes de UGC

Definir de forma clara y concisa el Objetivo para el año 2.011 relacionado con esta actividad

Realización de sesiones diarias, de formato variable, en horario de tarde, para residentes y personal adscrito a la UGC de CCV

Indicador para la medición del objetivo, fuente de la información y límite inferior y superior del objetivo y el peso que tendrá sobre los 40 puntos adjudicados a los obj. específicos:

Indicador:

Fórmula (o Criterio de Cumplimiento):

Fuente de Información: Memoria al final del ejercicio, realizada por el tutor de residentes de la UGC, donde consten las sesiones impartidas, contenidos, formatos de las mismas, resultados del programa etc., validadas por la comisión de docencia del centro.

Metodología de evaluación (ej.: Auditoría de HC, Explotación del registro e Informe de Resultados,..)

Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior: Cumple / No cumple

Situación de partida (valor de referencia):

Peso del Objetivo: 4

En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o unidades de gestión clínica, enumerar dichas unidades:

Compartido con:

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):

Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:



Objetivo específico 8 AREA: CALIDAD ASISTENCIAL

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:

Valoración preoperatorio de pacientes

Datos e indicadores en los que se sustenta:

Ausencia de valoración preoperatorio quirúrgica de los pacientes en espera de cirugía cardíaca

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

Enunciado de la intervención:

Valoración preoperatorio durante la estancia diagnóstica de los pacientes que hayan de incluirse en lista de espera quirúrgica.

Razonamiento que justifica la intervención:

Importancia de la valoración preoperatorio 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.

Aspectos más relevantes de la intervención (actividades y procedimientos a desarrollar, cronograma y responsable de su desarrollo e implantación):

Actividades: Visita preoperatorio 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.

Procedimientos:

Cronograma:

Responsables: facultativos UGC de CCV

Definir de forma clara y concisa el Objetivo para el año 2.011 relacionado con esta actividad

Valorar al menos el 90% de los pacientes presentados por cardiología como cirugía programada, sin perfil especial que requiera presentación específica en sesiones clínicas conjuntas.

Indicador para la medición del objetivo, fuente de la información y límite inferior y superior del objetivo y el peso que tendrá sobre los 40 puntos adjudicados a los obj. específicos:

Indicador:

Fórmula (o Criterio de Cumplimiento): pacientes valorados por facultativo de CCV/ pacientes requeridos por cardiología, mediante hoja de consulta para valoración preoperatorio x 100

Fuente de Información: Muestreo de HC de pacientes.

Metodología de evaluación (ej.: Auditoría de HC, Explotación del registro e Informe de Resultados,..)

Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior: 90% / 80%

Situación de partida (valor de referencia):

Peso del Objetivo: 4

En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o unidades de gestión clínica, enumerar dichas unidades:

Compartido con: cardiología

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):

Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:

Objetivo específico 9 AREA: Procesos asistenciales integrados

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:

Minimizar o evitar la variabilidad de los cuidados en los enfermos que ingresan en la unidad de CMA (Cirugía Mayor Ambulatoria) y en el Hospital de Día en la UGC de Cirugía Cardiovascular.

Datos e indicadores en los que se sustenta:

- En la actualidad no se encuentra monitorizada la existencia o no de variabilidad en los cuidados de estos pacientes.
- Falta de protocolos consensuados en los enfermos que ingresan en la unidad de CMA (Cirugía Mayor Ambulatoria) y en el Hospital de Día en la UGC de Cirugía Cardiovascular.

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

Enunciado de la intervención:

Elaborar protocolos de actuación consensuados para la atención de los pacientes que ingresan en la unidad de CMA y en Hospital de Día, con el fin de minimizar la variabilidad en la práctica clínica.

Razonamiento que justifica la intervención:

La necesidad de protocolización de estos procesos, tanto para la seguridad del paciente como para los profesionales de nueva incorporación.

Aspectos más relevantes de la intervención (actividades y procedimientos a desarrollar, cronograma y responsable de su desarrollo e implantación):

Actividades:

- Elaboración del POE de pacientes que ingresan en la CMA.
- Elaboración del POE de enfermos que ingresan en el Hospital de Día

Cronograma: 1º trimestre de 2011.

- Implantación de dichos Procedimientos.

Cronograma: Año 2011

Responsables: Supervisora Unidad / J. Bloque

Definir de forma clara y concisa el Objetivo para el año 2.011 relacionado con esta actividad

Evitar la variabilidad en la práctica clínica mediante la creación de protocolos consensuados para atender a los enfermos que ingresan en la unidad de CMA y en el Hospital de Día

Indicador para la medición del objetivo, fuente de la información y límite inferior y superior del objetivo y el peso que tendrá sobre los 40 puntos adjudicados a los obj. específicos:

Indicador: Pacientes a los que se les han realizado los Protocolos.

Fórmula: Nº de pacientes a los que se les ha realizado el POE correspondiente / Nº de pacientes ingresados de CMA y en Hospital de Día.

Fuente de Información: Registro propio

Metodología de evaluación: Informe Unidad tras análisis mediante auditoria de HC en un muestreo obtenido del total del pacientes ingresados

Análisis e informe de los resultados obtenidos tras la implantación de los POEs elaborados.

Límite Superior (óptimo): / Límite Inferior: 100% / 85%

Situación de partida (valor de referencia): No existe

Peso del Objetivo: 2

En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o unidades de gestión clínica, enumerar dichas unidades:

Compartido con:

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):

Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:

Elaboración de Protocolos y registro

Objetivo específico 10 AREA: SEGURIDAD DEL PACIENTE

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:
Evitar o minimizar eventos adversos derivados de la ausencia de identificación inequívoca de pacientes
Datos e indicadores en los que se sustenta:
En el año 2009 y tras la realización de tres cortes de prevalencia de manera aleatoria en la UGC de Cardiovascular, se obtuvo un porcentaje de 63.89% de identificación de pacientes a través de pulsera identificativa. En el año 2010 en el corte de prevalencia del primer semestre, se ha obtenido un porcentaje de un 85%
INTERVENCIONES CLÍNICAS Y ORGANIZATIVAS BASADAS EN EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y/O EMPÍRICAS, QUE PERMITAN MEJORAR EL PROBLEMA DETECTADO
Enunciado de la intervención:
Identificar correctamente a los pacientes, mediante pulsera identificativa durante su estancia de hospitalización.
Razonamiento que justifica la intervención:
La seguridad clínica es uno de los componentes de la calidad asistencial. El aumento de la complejidad en los sistemas sanitarios pone de manifiesto la necesidad de implantar medidas para conseguir una minimización de los incidentes y/o efectos adversos que sufren los pacientes al recibir atención sanitaria con un único objetivo ya conocido: "Ante todo, no hacer daño". En nuestro hospital se comienza a trabajar en la línea descrita en el último trimestre de 2008, siendo en el año 2009 donde la identificación de pacientes toma sentido y cultura de seguridad de pacientes entre los profesionales de este hospital. Se considera paciente correctamente identificado a aquel ingreso programado o derivado del área de Observación que lleva sistema de identificación (pulsera identificativa) en el que figura nombre y apellidos del paciente, DNI, fecha de nacimiento, número historia clínica, NUHSA y que lo porta durante todo el período de hospitalización.
Aspectos más relevantes de la intervención (actividades y procedimientos a desarrollar, cronograma y responsable de su desarrollo e implantación):
Actividades: Propias del Procedimiento Procedimientos: - El específico de Identificación de pacientes elaborado, difundido e implantado en el último trimestre 2008. - Difundir dicho Procedimiento a personal de nueva incorporación Cronograma: Año 2011 Responsables: D. Enfermería, D. Médica, Subdirecciones y J. de Bloque correspondientes
Definir de forma clara y concisa el Objetivo para el año 2011 relacionado con esta actividad
Evitar los riesgos derivados de la no correcta identificación del paciente, contribuyendo así a mantener la seguridad del paciente.
Indicador para la medición del objetivo, fuente de la información y límite inferior y superior del objetivo y el peso que tendrá sobre los 40 puntos adjudicados a los obj. específicos:
Indicador: Pacientes correctamente identificados durante el proceso de hospitalización Fórmula (o Criterio de Cumplimiento): N° de paciente identificados correctamente / N° de pacientes ingresados x 100 Fuente de Información: Informe resultados Subdirección de Enfermería. Metodología de evaluación: - Cortes cuatrimestrales de prevalencia observación directa de los pacientes en día aleatorio - Informe del análisis y medidas adoptadas para evitar dichos incidentes, si se producen Límite Superior (óptimo): 90% / Límite Inferior 80% Peso del Objetivo: 2
En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o unidades de gestión clínica, enumerar dichas unidades:
Compartido con: Servicio de Admisión
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):
El ahorro va ligado a la disminución de estancias derivadas de efectos adversos.
Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:
Pulseras identificativas enviadas desde el servicio de Admisión.

Objetivo específico número 11: Disminución de los casos de Infección Nosocomial de localización quirúrgica en revascularización miocárdica.

Fórmula: Incidencia Acumulada de Infecciones Nosocomiales de localización quirúrgica por cada 100 pacientes intervenidos de revascularización miocárdica.

Límite Superior (Óptimo) /Límite Inferior: 3 / 12

Fuente: Servicio de Medicina Preventiva (Informe del Programa de Vigilancia M. Preventiva).

Peso del objetivo: 2

Objetivo específico número 12 : Disminución de los casos de Infección Nosocomial de localización quirúrgica en sustitución de válvula cardíaca.

Fórmula: Incidencia Acumulada de Infecciones Nosocomiales de localización quirúrgica por cada 100 pacientes intervenidos de sustitución de válvula cardíaca.

Límite Superior (Óptimo) /Límite Inferior: 1 / 5,5

Fuente: Servicio de Medicina Preventiva (Informe del Programa de Vigilancia M. Preventiva).

Peso del objetivo: 2



6. OBJETIVOS CRÍTICOS

TABLA RESUMEN DE OBJETIVOS CRÍTICOS: AÑO 2.011
OBJETIVOS CRÍTICOS CIRUGIA CARDIOVASCULAR

ÁREA	OBJETIVO	INDICADOR	PESO	LÍM.SUPERIOR (ÓPTIMO)	LÍM.INFERIOR	
ECONÓMICA	CONTROL DEL GASTO EN MATERIAL FUNGIBLE (1)	5.114.262	CUMPLIMIENTO DEL PRESUPUESTO ASIGNADO (GASTO<=PRESUPUESTO)	85	CUMPLE	NO CUMPLE
FARMACIA	CONTROL DEL CONSUMO INTERNO EN FARMACIA	131.773	CUMPLIMIENTO DEL PRESUPUESTO ASIGNADO (GASTO<=PRESUPUESTO)	3	CUMPLE	NO CUMPLE
	INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES (IBP) (2)	IBP	% DDD OMEPRAZOL / DDD IBP	5	90	74
	OPIÁCEOS (2)	OPI	% DDD MORFINA/ DDD MORFINA, BUPRENORFINA, FENTANILO, HIDROMORFONA, METADONA, OXICODONA, PETIDINA, PENTAZOCINA	2	21	4
	PRESCRIPCIÓN POR PRINCIPIO ACTIVO (2)	PRINC ACT	Nº DE RECETAS CON PRESCRIPCIÓN POR PA X100/Nº TOTAL DE RECETAS PRESCRITAS	5	80	70
TOTAL DE PESOS ASIGNADOS A OBJETIVOS CRÍTICOS			100			
(1). EL DETALLE DE LOS PRODUCTOS INCLUIDOS SERÁ FACILITADO POR LA DIRECCIÓN ECONÓMICO-ADMINISTRATIVA						
(2). LA VALORACIÓN DEL OBJETIVO SE REALIZARÁ SI SE ALCANZA UN Nº DE RECETAS POR CONSULTA IGUAL AL Nº DE RECETAS POR CONSULTA ESTÁNDAR PARA LA ESPECIALIDAD						