



**ACUERDO DE GESTIÓN CLÍNICA
2011**

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

Hospital Universitario Reina Sofía Córdoba



Córdoba, 15 de Noviembre de 2010

REUNIDOS

De una parte, la Unidad de Gestión Clínica de CIRUGÍA TORÁCICA Y TRASPLANTE PULMONAR y en su nombre y representación D. Ángel Salvatierra Velázquez, en calidad de Director de la Unidad.

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

ACUERDAN

El siguiente Acuerdo de Gestión para el año 2011

El Director de la Unidad

El Director Gerente del Hospital

Fdo.: D. Ángel Salvatierra Velazquez

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



4. OBJETIVOS COMUNES.

ÁREA 1: Capítulo I.

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

PRESUPUESTO ASIGNADO EN CAPÍTULO I	
CIRUGÍA TORÁCICA Y TRASPLANTE PULMONAR	1.381.805,00

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 TORÁCICA Y TRASPLANTE PULMONAR 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: Accesibilidad

Objetivo número 3. La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar 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: 15

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 4. La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar 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: 2,14%/1,89

Objetivo número 5. 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: 10

Límite Superior/Límite Inferior: 20/60 días

Objetivo número 6. La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar se marca como objetivo para el año 2011, 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: N° 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: 5

Límite Superior/Límite Inferior: 95% / 80%



ÁREA 3. Hospitalización

Objetivo número 7: La Unidad de Gestión Clínica de CIRUGÍA TORÁCICA Y TRASPLANTE PULMONAR 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: 12 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

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

Objetivo número 8: La Unidad de Gestión Clínica de CIRUGÍA TORÁCICA Y TRASPLANTE PULMONAR 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 realzará un análisis de sus reclamaciones por motivos y llevará a cabo un plan de medidas para disminuirlas. El total de pacientes atendidos incluye la hospitalización y consultas externas.

Fórmula: N° de reclamaciones por los motivos seleccionados 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 Torácica y Trasplante Pulmonar desarrolla su investigación en las siguientes líneas de investigación:



1.- Cáncer de Pulmón (Clínica)

2.- Rechazo crónico (Experimental)

Objetivo número 9: La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar se marca como objetivo para el año 2011 realizar 3 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: 3 / 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 10: La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar se marca como objetivo para el año 2011 presentar 7 comunicaciones orales a congresos científicos nacionales, internacionales o regionales en las que participen al menos 3 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 3 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: 7 / 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	Demora terapéutica en pacientes pendientes de intervención quirúrgica por cáncer de pulmón no supere los 30 días en al menos el 75% de los pacientes intervenidos de cáncer de pulmón
E	2	Mantener sus resultados en los siguientes indicadores clínicos: Infección de la herida quirúrgica, reintervenciones, reingresos de pacientes intervenidos quirúrgicamente (excluyendo Neumotórax) y mortalidad por resección pulmonar
E	3	Porcentaje de pacientes con recambio de drenajes torácicos no sea superior al 20%
E	4	Implantar la vía de Metástasis Pulmonares. El objetivo se medirá con la evaluación de un indicador sintético:
E	5	Incrementar la resolución de intervenciones por CMA para los Simpatectomía de modo que el porcentaje de pacientes resueltos por CMA sea igual o superior a 85%
E	6	Incrementar la resolución de intervenciones por CMA para los Mediastinoscopia de modo que el porcentaje de pacientes resueltos por CMA sea igual o superior a 75%



Objetivo específico número 1: La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar se marca como objetivo para el año 2011 asegurar que la demora terapéutica en pacientes pendientes de intervención quirúrgica por cáncer de pulmón no supere los 30 días en al menos el 75% de los pacientes intervenidos de cáncer de pulmón

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

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

Fuente: AGD

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

Peso: 6

Límite Superior/Límite Inferior: $\geq 75\%/60\%$

Objetivo específico número 2: La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar se marca como objetivo para el año 2011 mantener sus resultados en los siguientes indicadores clínicos: Infección de la herida quirúrgica, reintervenciones, reingresos de pacientes intervenidos quirúrgicamente (excluyendo Neumotórax) y mortalidad por resección pulmonar

Indicador: Índice sintético de resultados clínicos

Fórmula: Ver tabla índice sintético

Fuente: Ver tabla índice sintético

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

Peso: 7

Límite Superior/Límite Inferior: 10/0

Objetivo específico número 3: La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar se marca como objetivo para el año 2011 que el porcentaje de pacientes con recambio de drenajes torácicos no sea superior al 20%

Fórmula: Número de pacientes con drenaje torácico que se ha tenido que cambiar/total de pacientes con drenaje torácico

Fuente: Registro Propio

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

Peso: 6

Límite Superior/Límite Inferior: 20%/25%

Objetivo específico número 4: La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar se marca como objetivo para el año 2011 implantar la vía de Metástasis Pulmonares. El objetivo se medirá con la evaluación de un indicador sintético:

Subindicador A: Porcentaje de aplicación de la vía superior al 90%. Para ello se elaborará un documento de aplicación de dicha vía que se incorporará a la historia clínica.

Fórmula: Número de pacientes con diagnóstico principal "metástasis pulmonar" intervenidos a los que se le aplica la vía clínica/ total de pacientes con diagnóstico principal "metástasis pulmonar" intervenidos

Fuente de información: Historia Clínica y CMBD para el denominador



Metodología de evaluación: Auditoría de Historia Clínica. Cortes semestrales e informe del Director de la Unidad con el resultado obtenido.

Subindicador B: Realización de PET en tumores primarios evaluables

Fórmula: Número de pacientes con tumores primarios evaluables mediante PET a los que se les ha realizado PET/ total de pacientes con tumores primarios evaluables mediante PET

Fuente de información: Historia Clínica y CMBD para el denominador

Metodología de evaluación: Auditoría de Historia Clínica. Cortes semestrales e informe del Director de la Unidad con el resultado obtenido.

Peso: 7

Objetivo específico número 5: La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar se marca como objetivo para el año 2011 incrementar la resolución de intervenciones por CMA para los Simpatectomía de modo que el porcentaje de pacientes resueltos por CMA sea igual o superior a 85%

Indicador: Resolución por CMA en Simpatectomía.

Fórmula: Número de pacientes intervenidos de Simpatectomía resueltos por CMA/ total de pacientes intervenidos de Simpatectomía

Fuente de información: CMBD

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

Límite superior/Límite inferior: 85%/65%

Peso: 7

Objetivo específico número 6: La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar se marca como objetivo para el año 2011 incrementar la resolución de intervenciones por CMA para los Mediastinoscopia de modo que el porcentaje de pacientes resueltos por CMA sea igual o superior a 75%

Indicador: Resolución por CMA en Mediastinoscopia

Fórmula: Número de pacientes intervenidos de Mediastinoscopia resueltos por CMA/ total de pacientes intervenidos Mediastinoscopia

Fuente de información: CMBD

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

Límite superior/Límite inferior: 75%/65%

Peso: 7



AREA: RESULTADOS CLÍNICOS

Objetivo Específico número 1: La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar se marca como objetivo para el año 2011 asegurar que la demora terapéutica en pacientes pendientes de intervención quirúrgica por **cáncer de pulmón no supere los 30 días**. Para ello es imprescindible que otros Servicios/Unidades del Hospital compartan este objetivo con la Unidad de Gestión. En concreto las Unidades de las que se necesita compromiso para el cumplimiento de este objetivo son: UGC de Neumología, UGC de Medicina Nuclear, UGC de Radiodiagnóstico

IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS O ASPECTOS MEJORABLES TANTO A NIVEL DE PROCESOS ORGANIZATIVOS (FLUJOS, AGENDAS, COORDINACIÓN,...ETC) COMO A NIVEL ASISTENCIAL.
Problema o aspecto a mejorar:
Mantener los resultados del indicador de la Unidad de Gestión
Datos e indicadores en los que se sustenta:
Demora terapéutica en pacientes pendientes de intervención quirúrgica por cáncer de pulmón no superior a 30 días
INTERVENCIONES CLÍNICAS Y ORGANIZATIVAS BASADAS EN EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y/O EMPÍRICAS, QUE PERMITAN MEJORAR EL PROBLEMA DETECTADO
Enunciado de la intervención:
La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante pulmonar se marca como objetivo para el año 2011, que al menos el 75% de los pacientes que se intervienen de Cáncer de Pulmón lo hagan antes de los 30 días
Razonamiento que justifica la intervención:
La accesibilidad
Resultados que se pretenden conseguir en el año 2.011 (Objetivos 2.011):
Demora terapéutica en pacientes pendientes de intervención quirúrgica por cáncer de pulmón inferior a 30 días
Indicador para la medición del objetivo, fuente de la información y límite inferior y superior del objetivo:
Indicador: Demora terapéutica para pacientes pendientes de intervención quirúrgica por cáncer de pulmón Fórmula (o Criterio de Cumplimiento): Numero de pacientes intervenidos de cáncer de pulmón antes de 30 días/ total de pacientes intervenidos de cáncer de pulmón Fuente de Información: AGD Metodología de evaluación (ej.: Auditoría de HC, Explotación del registro e Informe de Resultados,..) Explotación de registro e informe del Servicio de Sistemas de Información con el resultado obtenido Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior: $\geq 75\%/60\%$ Peso del Objetivo: 5
En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o UGC, enumerarlos:
Compartido con: UGC de Neumología, UGC de Medicina Nuclear, UGC de Radiodiagnóstico
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):
Repercusiones económicas (Tanto en ahorro como en crecimiento de costes. Si no se sabe la cantidad, al menos indicar si van a crecer o decrecer los costes): Disminución de los costes de la "no calidad"
Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:

AREA: RESULTADOS CLÍNICOS

Objetivo Específico número 2: La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar se marca como objetivo para el año 2011 mantener sus resultados en los siguientes indicadores clínicos. Infección de la herida quirúrgica, reingresos de pacientes intervenidos quirúrgicamente (excluyendo Neumotórax) y mortalidad por resección pulmonar

IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS O ASPECTOS MEJORABLES TANTO A NIVEL DE PROCESOS ORGANIZATIVOS (FLUJOS, AGENDAS, COORDINACIÓN,...ETC) COMO A NIVEL ASISTENCIAL.
Problema o aspecto a mejorar:
Mantener los resultados en indicadores clínicos de la Unidad de Gestión
Datos e indicadores en los que se sustenta:
Infección de la herida quirúrgica Reingresos (excluyendo Neumotórax) Mortalidad por resección pulmonar
INTERVENCIONES CLÍNICAS Y ORGANIZATIVAS BASADAS EN EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y/O EMPÍRICAS, QUE PERMITAN MEJORAR EL PROBLEMA DETECTADO
Enunciado de la intervención:
La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante pulmonar se marca como objetivo para el año 2011, mejorar los resultados de los indicadores clínicos y de seguridad : infección de la herida quirúrgica, reingresos (excluyendo neumotórax) y mortalidad por resección pulmonar
Razonamiento que justifica la intervención:
La Seguridad del paciente
Resultados que se pretenden conseguir en el año 2.011 (Objetivos 2.011):
Porcentaje de infección en herida quirúrgica no superior al 5% Porcentaje de reingresos urgentes inferior a 30 días (reingreso con mismo diagnóstico principal) Porcentaje de mortalidad por resección pulmonar no superior al 5%
Indicador para la medición del objetivo, fuente de la información y límite inferior y superior del objetivo:
Evaluación (indicadores): El Índice Sintético se calcula como media ponderada de los resultados obtenidos en cada indicador, según la fórmula: $(A+B+C) / (p1+p2+p3)$, en función de los tramos de valoración y pesos asignados para cada indicador. Peso: 5
Indicador: Índice Sintético de Resultados Clínicos
Subindicador A): Infección de Herida Quirúrgica.
Fórmula: Porcentaje de heridas quirúrgicas que se han infectado/total de intervenciones programadas de cirugía torácica
Fuente de información: Medicina Preventiva
Metodología de evaluación: Explotación del registro e informe del Servicio de Medicina Preventiva con el resultado obtenido
Límite Superior/Límite Inferior: <5%/>7%
Subindicador C) Reingresos urgentes (por mismo diagnóstico principal)
Fórmula: número de reingresos urgentes por mismo diagnóstico principal/ total de reingresos urgentes x 100
Fuente de información: CMBD
Metodología de evaluación: explotación del registro e informe del Servicio de Calidad y Documentación Clínica con el resultado obtenido



Límite Superior/Límite Inferior:1%/2%
Subindicador C) Mortalidad por resección pulmonar
Fórmula: Número de pacientes fallecidos por resección pulmonar/total de pacientes intervenidos de resección pulmonar
Fuente de información: CMBDH
Metodología de evaluación: Explotación del registro e informe del Servicio de Calidad y Documentación clínica con el resultado obtenido
Límite Superior/Límite Inferior: 5%/6%
En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o UGC, enumerarlos:
Compartido con: UGC de Neumología, UGC de Medicina Nuclear, UGC de Radiodiagnóstico
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):
Repercusiones económicas (Tanto en ahorro como en crecimiento de costes. Si no se sabe la cantidad, al menos indicar si van a crecer o decrecer los costes):
Disminución de estancias
Disminución de los costes de la "no calidad"
Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:

INDICE SINTÉTICO DE RESULTADOS CLÍNICOS			
Infeción de la Herida Quirúrgica	Porcentaje de reingresos urgentes	Porcentaje de mortalidad den resección pulmonar	Función de Valor
<= 5	<= 1	<= 5	10
> 5 - 5,22	> 1 - 1,11	> 5 - 5,11	9
> 5,22 - 5,44	> 1,11 - 1,22	> 5,11 - 5,22	8
> 5,44 - 5,67	> 1,22 - 1,33	> 5,22 - 5,33	7
> 5,67 - 5,89	> 1,33 - 1,44	> 5,33 - 5,44	6
> 5,89 - 6,11	> 1,44 - 1,56	> 5,44 - 5,56	5
> 6,11 - 6,33	> 1,56 - 1,67	> 5,56 - 5,67	4
> 6,33 - 6,56	> 1,67 - 1,78	> 5,67 - 5,78	3
> 6,56 - 6,78	> 1,78 - 1,89	> 5,78 - 5,89	2
> 6,78 - 7	> 1,89 - 2	> 5,89 - 6	1
> 7	> 2	> 6	0
P1=1	P2=1	P3=1	Peso relativo
			Resultado
			Resultado obtenido
A	B	C	Resultado ponderado

AREA: VARIBILIDAD DE LA PRÁCTICA Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Objetivo Específico número 3: La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar se marca como objetivo para el año 2011 que el porcentaje de pacientes que precisan recambio de tubo de drenaje torácico no sea superior al 25%

IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS O ASPECTOS MEJORABLES TANTO A NIVEL DE PROCESOS ORGANIZATIVOS (FLUJOS, AGENDAS, COORDINACIÓN,...ETC) COMO A NIVEL ASISTENCIAL.
Problema o aspecto a mejorar:
Reducir las complicaciones ocasionadas por el mal cuidado de los sistemas de drenajes torácicos de sellamiento con agua.
Datos e indicadores en los que se sustenta:
Prevenir complicaciones como infección. durante la hospitalización sin precisar recambio de tubo
INTERVENCIONES CLÍNICAS Y ORGANIZATIVAS BASADAS EN EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y/O EMPÍRICAS, QUE PERMITAN MEJORAR EL PROBLEMA DETECTADO
Enunciado de la intervención:
Se pretende disminuir la variabilidad de la práctica con el uso de un procedimiento operativo estandarizado (requisito de objetivo) para reducir el porcentaje de drenajes que hay que reemplazar. Mantener la permeabilidad del sistema de drenaje torácico y facilitar la reexpansión del pulmón (manteniendo el sello de agua, la permeabilidad del sistema y valorando el estado respiratorio y cardiovascular del paciente).
Razonamiento que justifica la intervención:
Existe un incremento en la incidencia de pacientes a los que hay que realizar recambio en el sistema de drenaje torácico
Aspectos más relevantes de la intervención (actividades y procedimientos a desarrollar, cronograma y responsable de su desarrollo e implantación):
Actividades: Propias del procedimiento Procedimientos: POE de drenaje torácico Cronograma: año 2011 Responsables: Supervisora de Unidad y Director de Unidad.
Definir de forma clara y concisa el Objetivo para el año 2.011 relacionado con esta actividad
La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar se marca como objetivo para el año 2011, que el porcentaje de pacientes a los que se les recambia el drenaje torácico durante el tiempo de estancia hospitalaria no sea superior al 25%
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: Recambio de drenaje torácico en pacientes ingresados en la Unidad de hospitalización de cirugía torácica y trasplante pulmonar. Fórmula (o Criterio de Cumplimiento): nº de pacientes de cirugía torácica y trasplante pulmonar hospitalizados en la unidad a los que se les tiene que recambiar el drenaje torácico durante el tiempo de hospitalización/total de pacientes de con drenaje torácico x 100 Fuente de Información: Registro propio Metodología de evaluación Auditoría cuatrimestral del registro propio por la supervisora de la unidad e informe de la Dirección de la Unidad con el resultado obtenido Límite Superior 20% / Límite Inferior: 25% Situación de partida (valor de referencia): No se dispone del dato Peso del Objetivo:
En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o unidades de gestión clínica, enumerar dichas unidades:
Compartido con: No
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):
Indirectamente afecta a estancias (por incremento en infección nosocomial), tiempo de enfermería y costes de material fungible
Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:
No



AREA: VARIABILIDAD DE LA PRÁCTICA CLÍNICA Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Objetivo Específico número 4: La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar se marca como objetivo para el año 2011 disminuir la variabilidad en su práctica clínica, implementar la Vía de Metástasis Pulmonares.

IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS O ASPECTOS MEJORABLES TANTO A NIVEL DE PROCESOS ORGANIZATIVOS (FLUJOS, AGENDAS, COORDINACIÓN,...ETC) COMO A NIVEL ASISTENCIAL.
Problema o aspecto a mejorar:
Reducir la variabilidad de la práctica clínica y mejorar la seguridad del paciente
Datos e indicadores en los que se sustenta:
Implementar la Vía Clínica de Metástasis Pulmonares.
INTERVENCIONES CLÍNICAS Y ORGANIZATIVAS BASADAS EN EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y/O EMPÍRICAS, QUE PERMITAN MEJORAR EL PROBLEMA DETECTADO
Enunciado de la intervención:
La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar se marca como objetivo para el año 2011 implantar la vía de Metástasis Pulmonares. El objetivo se medirá con la evaluación de un indicador sintético
Razonamiento que justifica la intervención:
La disminución de la variabilidad y el incremento de la seguridad del paciente
Resultados que se pretenden conseguir en el año 2.011 (Objetivos 2.011):
Implementar la vía y evaluar su grado de aplicación.
Indicador para la medición del objetivo, fuente de la información y límite inferior y superior del objetivo:
<p>Subindicador A: Porcentaje de aplicación de la vía superior al 90%. Para ello se elaborará un documento de aplicación de dicha vía que se incorporará a la historia clínica.</p> <p>Fórmula: $\frac{\text{Número de pacientes con diagnóstico principal "metástasis pulmonar" intervenidos a los que se le aplica la vía clínica}}{\text{total de pacientes con diagnóstico principal "metástasis pulmonar" intervenidos}}$</p> <p>Fuente de información: Historia Clínica y CMBD para el denominador</p> <p>Metodología de evaluación: Auditoría de Historia Clínica. Cortes semestrales e informe del Director de la Unidad con el resultado obtenido.</p> <p>Límite superior/Límite inferior: 90%80%</p> <p>Subindicador B: Realización de PET en tumores primarios evaluables</p> <p>Fórmula: $\frac{\text{Número de pacientes con tumores primarios evaluables mediante PET a los que se les ha realizado PET}}{\text{total de pacientes con tumores primarios evaluables mediante PET}}$</p> <p>Fuente de información: Historia Clínica y CMBD para el denominador</p> <p>Metodología de evaluación: Auditoría de Historia Clínica. Cortes semestrales e informe del Director de la Unidad con el resultado obtenido.</p> <p>Límite superior/Límite inferior: 90%80%</p>
En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o UGC, enumerarlos:
Compartido con: UGC de Medicina Nuclear
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):
Repercusiones económicas (Tanto en ahorro como en crecimiento de costes. Si no se sabe la cantidad, al menos indicar si van a crecer o decrecer los costes):
Disminución de los costes de la "no calidad"
Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:



AREA: RENDIMIENTO QUIRÚRGICO

Objetivo específico número 5: La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar se marca como objetivo para el año 2011 incrementar la resolución de intervenciones por CMA para los Simpatectomía de modo que el porcentaje de pacientes resueltos por CMA sea igual o superior a 85%

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:
Incrementar la resolución por Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) de procedimientos candidatos a la misma: Simpatectomía
Datos e indicadores en los que se sustenta:
los GRDs que incluyen los procedimientos de Mediastinoscopia y Simpatectomía consumen aproximadamente 150 estancias. Resolver estos procedimientos por CMA puede ayudar a reducir costes por estancias a la unidad y por tanto al Hospital.
INTERVENCIONES CLÍNICAS Y ORGANIZATIVAS BASADAS EN EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y/O EMPÍRICAS, QUE PERMITAN MEJORAR EL PROBLEMA DETECTADO
Enunciado de la intervención:
Incrementar la resolución de intervenciones por CMA para los Simpatectomía de modo que el porcentaje de pacientes resueltos por CMA sea igual o superior a 85%
Razonamiento que justifica la intervención:
La resolución de procedimientos quirúrgicos por CMA la satisfacción del paciente, reduce los costes por estancias asociadas a ingresos que requieren hospitalización y de un modo indirecto pueden reducir la incidencia de infección nosocomial
Resultados que se pretenden conseguir en el año 2.011 (Objetivos 2.011):
La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar se marca como objetivo para el año 2011 incrementar la resolución de intervenciones por CMA para Simpatectomía y de modo que el porcentaje de pacientes resueltos por CMA sea igual o superior a 85%
Indicador para la medición del objetivo, fuente de la información y límite inferior y superior del objetivo:
Resolución por CMA en Simpatectomía. Fórmula: Número de pacientes intervenidos de Simpatectomía resueltos por CMA/ total de pacientes intervenidos de Simpatectomía Fuente de información: CMBD Metodología de evaluación: Explotación del CMBD e informe del Servicio de Sistemas de Información con el resultado obtenido Límite superior/Límite inferior: 85%/65%
En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o UGC, enumerarlos:
Servicio de Anestesia y reanimación
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):
Repercusiones económicas (Tanto en ahorro como en crecimiento de costes. Si no se sabe la cantidad, al menos indicar si van a crecer o decrecer los costes): Disminución de los costes de la "no calidad" y reducción de estancias
Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:



Objetivo específico número 6: La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar se marca como objetivo para el año 2011 incrementar la resolución de intervenciones por CMA para los Mediastinoscopia de modo que el porcentaje de pacientes resueltos por CMA sea igual o superior a y 75%

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:
Incrementar la resolución por Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) de procedimientos candidatos a la misma: Mediastinoscopia
Datos e indicadores en los que se sustenta:
los GRDs que incluyen los procedimientos de Mediastinoscopia y Simpatectomía consumen aproximadamente 150 estancias. Resolver estos procedimientos por CMA puede ayudar a reducir costes por estancias a la unidad y por tanto al Hospital.
INTERVENCIONES CLÍNICAS Y ORGANIZATIVAS BASADAS EN EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y/O EMPÍRICAS, QUE PERMITAN MEJORAR EL PROBLEMA DETECTADO
Enunciado de la intervención:
Incrementar la resolución de intervenciones por CMA para Mediastinoscopia de modo que el porcentaje de pacientes resueltos por CMA sea igual o superior a 75%
Razonamiento que justifica la intervención:
La resolución de procedimientos quirúrgicos por CMA la satisfacción del paciente, reduce los costes por estancias asociadas a ingresos que requieren hospitalización y de un modo indirecto pueden reducir la incidencia de infección nosocomial
Resultados que se pretenden conseguir en el año 2.011 (Objetivos 2.011):
La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar se marca como objetivo para el año 2011 incrementar la resolución de intervenciones por CMA para Mediastinoscopia de modo que el porcentaje de pacientes resueltos por CMA sea igual o superior a 75% para Mediastinoscopia
Indicador para la medición del objetivo, fuente de la información y límite inferior y superior del objetivo:
<p>Resolución por CMA en Mediastinoscopia</p> <p style="padding-left: 40px;">Fórmula: $\frac{\text{Número de pacientes intervenidos de Mediastinoscopia resueltos por CMA}}{\text{total de pacientes intervenidos Mediastinoscopia}}$</p> <p style="padding-left: 40px;">Fuente de información: CMBD</p> <p style="padding-left: 40px;">Metodología de evaluación: Explotación del CMBD e informe del Servicio de Sistemas de Información con el resultado obtenido</p> <p style="padding-left: 40px;">Límite superior/Límite inferior: 75%/65%</p>
En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o UGC, enumerarlos:
Servicio de Anestesia y reanimación
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):
Repercusiones económicas (Tanto en ahorro como en crecimiento de costes. Si no se sabe la cantidad, al menos indicar si van a crecer o decrecer los costes):
Disminución de los costes de la "no calidad" y reducción de estancias
Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:

6. OBJETIVOS CRÍTICOS

TABLA RESUMEN DE OBJETIVOS CRÍTICOS: AÑO 2.011

CIRUGIA TORACICA						
ÁREA	OBJETIVO	INDICADOR		PESO	LÍM.SUPERIOR (ÓPTIMO)	LÍM.INFERIOR
ECONÓMICA	CONTROL DEL GASTO EN MATERIAL FUNGIBLE (1)	396.539	CUMPLIMIENTO DEL PRESUPUESTO ASIGNADO (GASTO<=PRESUPUESTO)	80	CUMPLE	NO CUMPLE
FARMACIA	CONTROL DEL CONSUMO INTERNO EN FARMACIA	55.263	CUMPLIMIENTO DEL PRESUPUESTO ASIGNADO (GASTO<=PRESUPUESTO)	4	CUMPLE	NO CUMPLE
	INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES (IBP) (2)	IBP	% DDD OMEPRAZOL / DDD IBP	10	90	74
	PRESCRIPCIÓN POR PRINCIPIO ACTIVO (2)	PRINC ACT	Nº DE RECETAS CON PRESCRIPCIÓN POR PA X100/Nº TOTAL DE RECETAS PRESCRITAS	6	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						