

PROGRAMA DE GESTIÓN CLÍNICA 2017



Unidad de Gestión Clínica de Neumología
Gerencia de Asistencia Sanitaria de El Bierzo

PROGRAMA DE GESTIÓN CLÍNICA PARA LA ANUALIDAD 2017 DE LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE NEUMOLOGÍA

REUNIDOS

D. José Antonio Visedo López, Gerente de Asistencia Sanitaria del Bierzo.

Y D. Juan Ortiz de Saracho y Bobo, Director/a de la Unidad de Gestión Clínica Neumología del Hospital El Bierzo de Ponferrada.

EXPONEN



Que el *Decreto 57/2014, de 4 de diciembre, por el que se regula la constitución y funcionamiento de Unidades de Gestión Clínica del Servicio de Salud de Castilla y León* establece que las unidades de Gestión Clínica son unidades orgánicas sin personalidad jurídica propia, dotadas de autonomía para la organización y la gestión pública de los recursos humanos, materiales, económicos que se les asignen, así como para la realización de la actividad propia de su ámbito y nivel asistencial.

Que la Orden *SAN/822/2016, de 26 de septiembre, por la que se crean Unidades de Gestión Clínica y se determina la composición de los Comités Clínicos de las Unidades de Gestión Clínica del Servicio Público de Salud de Castilla y León*, crea la Unidad de Gestión Clínica de Neumología con un nivel I de autonomía de gestión y organización.

Que tras la designación del Director/a de la Unidad de Gestión Clínica, el/la Coordinador/a de enfermería, las personas responsables de las unidades funcionales que la integran, así

como de los miembros electivos de los Comités Clínicos, se ha constituido con fecha 24 de noviembre de 2016 dicho Comité Clínico, la Unidad de Gestión Clínica ha comenzado su funcionamiento según lo previsto en el artículo 3.1 de la mencionada Orden.

Que el presente Programa de Gestión Clínica, de conformidad con lo establecido en el artículo 14.1 del Decreto 57/2014, de 4 de diciembre, constituye la expresión anual de los compromisos asumidos entre la Gerencia y el Director/a de la Unidad de Gestión Clínica, para un ejercicio presupuestario completo, en orden a asegurar a la población el adecuado acceso a los servicios que prestan en un marco de gestión y coordinación eficiente de los recursos.

Que la actividad y los resultados de la Unidad de Gestión Clínica serán evaluados al finalizar cada ejercicio anual y al completar el periodo de funcionamiento de cuatro años, en los términos establecidos en el artículo 19 del mencionado Decreto.

Que con fecha 30 de diciembre de 2016 se ha dictado Resolución del Director Gerente de la Gerencia Regional de Salud, autorizando la formalización del Programa Anual de Gestión Clínica, previo informe favorable de la Dirección General Asistencia Sanitaria y del Director Económico, Presupuestario y Financiero, de conformidad con lo previsto en el artículo 14.2 del Decreto 57/2014, de 4 de diciembre, por el que se regula la constitución y funcionamiento de Unidades de Gestión Clínica del Servicio de Salud de Castilla y León.

En virtud de lo anteriormente expuesto y de conformidad con lo dispuesto en el apartado 1 del artículo 14 del Decreto 57/2014, de 4 de diciembre, las partes reunidas

ACUERDAN

Suscribir el Programa de Gestión Clínica para la anualidad 2017 de la Unidad de Gestión Clínica de Neumología del Hospital El Bierzo de Ponferrada.

Y para que conste la conformidad con todo lo expuesto, se firma el presente Programa Gestión Clínica, en Ponferrada, a 3 de enero de 2017,

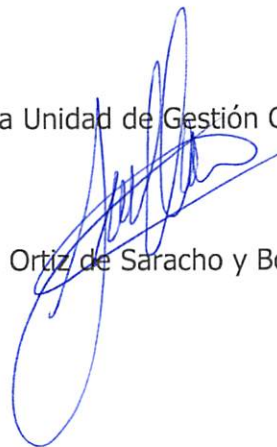
Por la Gerencia de Asistencia Sanitaria El Bierzo

José Antonio Visedo López



Por la Unidad de Gestión Clínica

Juan Ortiz de Saracho y Bobo



<

PROGRAMA DE GESTIÓN CLÍNICA DE LA UGC DE NEUMOLOGIA
AÑO 2017

UGC DE NEUMOLOGÍA DEL HOSPITAL EL BIERZO
GERENCIA DE ASISTENCIA SANITARIA DEL BIERZO



CONTENIDO

1.- ENCUADRAMIENTO DE LA UNIDAD Y CARTERA DE SERVICIOS

2.- RECURSOS HUMANOS

3.- RECURSOS MATERIALES Y TECNOLOGICOS

4.- PRESUPUESTO

5.- OBJETIVOS ASISTENCIALES, DE CALIDAD, COORDINACIÓN, ESPECÍFICOS DE LA ESTRATEGIA REGIONAL DEL PACIENTE CRÓNICO, INSTITUCIONALES DE LA GRS, FORMACIÓN, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN. SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y AUTOEVALUACIÓN

6.- OBJETIVOS PRESUPUESTARIOS

7.- OBJETIVOS POR CATEGORIAS

Anexo I. RELACIÓN DE PROFESIONALES ADHERIDOS A LA UGC



1. ENCUADRAMIENTO DE LA UNIDAD Y CARTERA DE SERVICIOS

La Unidad de Gestión Clínica de Neumología incluye cuatro áreas asistenciales fundamentales: área de Hospitalización, área de consultas externas, área de técnicas diagnósticas e imagen y el área de exploración funcional respiratoria. Apoyo por área administrativa y control de gestión. Todas estas áreas disponen de un plan de formación y docencia, siendo la investigación general dentro de la UGC.

La misión, visión y valores están definidos en el programa cuatrianual y en sintonía con los del área sanitaria.

Cartera de Servicios de la Unidad.

CARTERA DE SERVICIOS DE LA UGC (Áreas-Pruebas)	
1 Hospitalización	
2 Consultas Externas	
Consultas monográficas (Tres acreditadas por la SEPAR)	CANCER, TABACO, SUEÑO, ASMA Y EPOC, INTERSTICIAL, HIPERTENSION PULMONAR, VENTILACIÓN, GENERAL
Hospital de Día	Tratamientos de patología intersticial y otras patologías: deficit d e A1AT
3 Atención Continuada: guardias	Guardias generales
4 Formación postgraduada y Docencia	A residentes de Medicina Interna, Intensivos y Medicina de familia. EIR, LE.
5 Investigación clínica	Múltiples ensayos clínicos multicéntricos internacionales. Activos 5. Solicitados 2.
6 Participación Institucional	Miembros de comisiones del centro. EFQM
7 Participación Comunitaria	Financiación/Oncoguía SACYL/UGC (periodos previos)
1 Pruebas funcionales respiratorias	Espirometría/Test BD Pletismografía/Difusión/FENO/Test de marcha Test provocación bronquial/ Monoclonales/capnografía/oximetría/ Cooximetría.

CARTERA DE SERVICIOS DE LA UGC (Áreas-Pruebas)

2 Endoscopia respiratoria	Endoscopia convencional completa/ Ecobroncoscopia
3 Técnicas pleurales	Toracocentesis, drenajes pleurales, Pleur X, Punciones transtoracicas, Pleurodesis/fibrinólisis.
4 Otras técnicas diagnósticas de enfermedades pulmonares	Ecografía torácica, ecocardiografía screening, ecografía vascular.
5 Poligrafía respiratoria para el estudio de trastornos respiratorios del sueño	
6 Técnicas de ventilación mecánica no invasiva. Monitorización.	

2. RECURSOS HUMANOS

El funcionamiento de la UGC tendrá como objetivo la eficiencia de los recursos para la atención de máxima calidad, seguridad y satisfacción del paciente.

Se facilitará la formación necesaria a todo el personal de nueva incorporación en la Unidad.

Existe un manual de funcionamiento de la Unidad.

La plantilla actual que integra la Unidad de Gestión Clínica de Neumología está compuesta por:

- Licenciados Especialistas..... 6
- Enfermero/as.....3
- TCAEs.....3

La relación nominal de profesionales adheridos a la UGC figura en el Anexo I.

Organigrama de la UGC

- Dirección de la UGC
- Coordinación de enfermería

- Comité clínico
- Unidades funcionales:
 - § 1. Unidad funcional de hospitalización
 - § 2. Unidad funcional de consultas externas
 - § 3. Unidad funcional de técnicas diagnósticas e imagen
 - § 4. Unidad funcional de Exploración funcional Respiratoria

Tareas asignadas

Profesional	Cargo	Categoría	Área funcional	Tarea
L.E. 1	Director Unidad C. Clínico	Jefe Unidad	Todas	Las propias de su categoría profesional y las establecidas en el Decreto 57/2014
Enfermera 1	Coordinadora Enf C. Clínico	Supervisora	Todas	Las propias de su categoría profesional y las establecidas en el Decreto 57/2014
L.E. 2	C. Clínico	LE Neumología	Resp. Hospitalización	Las propias de su categoría profesional
L.E. 3	C. Clínico	LE Neumología	Resp. Laboratorio	Las propias de su categoría profesional
L.E. 4	C. Clínico Secretario. Vocal	LE Neumología	Todas	Las propias de su categoría profesional
L.E. 5		LE Neumología	Todas	Las propias de su categoría profesional
L.E. 6	C. Clínico	LE Neumología	Resp. Consultas	Las propias de su categoría profesional

Enfermera 2	C. Clínico	Enfermera	Resp. Técnicas	Las propias de su categoría profesional
Enfermera 3		Enfermera	Técnicas/Lab	Las propias de su categoría profesional
TCAE 1	C. Clínico Vocal	TCAE	Técnicas/Lab	Las propias de su categoría profesional
TCAE 2	C. Clínico Vocal	TCAE	Hospitalización	Las propias de su categoría profesional
TCAE 3		TCAE	Hosp/Cta/Técnicas	Las propias de su categoría profesional

Todas las tareas están contenidas en el manual de funcionamiento interno, correspondientes a cada categoría profesional

3. RECURSOS MATERIALES Y TECNOLÓGICOS ASOCIADOS

Area Funcional de Exploración Funcional respiratoria:

Dotación: 3 espirómetros, 1 cabina pletismográfica, 1 difusión (Master Lab Jaegger), 1 determinación de presiones, 1 aparato de provocación bronquial, 1 aparato de determinación de FENO. Báscula y talla. Medicación y material para extracciones y gasometrías. Material mobiliario y camilla. Tensiómetro y esfigmomanómetro. 1 capnógrafo.

Area Funcional de Hospitalización:

Dotación: La correspondiente a la planta de hospitalización estandar con monitorización adecuada.

Area Funcional de Consultas externas:

Dotación: material mobiliario, informático y de papelería establecido como necesario en cada consulta, así como material médico: esfigmomanómetro, pulsioxímetros. Báscula y Talla.

Area Funcional de técnicas diagnósticas e imagen:

Dotación: 2 torres con monitor, 2 videobroncoscopios, 1 broncoscopio óptico, 1 Ecobroncoscopio, 1 Ecógrafo con dos sondas. 1 camilla, Material mobiliario, medicación para la realización de las técnicas.

Los despachos de la UGC disponen de material mobiliario y ofimática inventariado.

4. PRESUPUESTO ASIGNADO

El presupuesto asignado a la UGC de Neumología es el siguiente:

CAPÍTULO	PRESUPUESTO 2017
CAPÍTULO 1	1.157.185,68
CAPÍTULO 2	1.811.260,82
CAPÍTULO 4	97.000
TOTAL GASTOS DIRECTOS	3.065.446,50
TOTAL GASTOS INDIRECTOS	676.675,91
TOTAL	3.742.122,41 €

La Unidad se ajustara al techo de gasto (presupuesto) asignado.

5.- OBJETIVOS ASISTENCIALES, DE CALIDAD, COORDINACIÓN, ESPECÍFICOS DE LA ESTRATEGIA REGIONAL DEL PACIENTE CRÓNICO, INSTITUCIONALES DE LA GRS, FORMACIÓN, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN. SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y AUTOEVALUACIÓN.

1. Indicadores comunes

	Dimensión	Indicador	Fórmula	Estándar	Fuente
IM1	Efectividad	Índice de mortalidad intrahospitalaria ajustada por riesgo (indicador llave)	Nº pacientes fallecidos durante la estancia hospitalaria/nº esperable de fallecimientos teniendo en cuenta las características de los pacientes atendidos	<1	CMBD- GRDs refinados
IM2		Índice de reingresos ajustado por riesgo (indicador llave)	Nº de reingresos (ingresos urgentes de pacientes con un alta previa en el mismo hospital que se produce en los treinta días siguientes tras el alta del episodio anterior)/nº reingresos esperados teniendo en cuenta la casuística de los pacientes atendidos	<1	CMBD- GRDs refinados

IM3	Seguridad del paciente	Tasa de hospitalización de pacientes G1-G2 por descompensación de su patología crónica ¹ : • EPOC G1-G2 ≥40 años	Nº de altas de pacientes G1-G2 con diagnóstico principal de EPOC x 10000/nº pacientes G1-G2 en el área con esa patología	Inferior a la media de la comunidad	CRG
		Índice de incidencia de úlceras por presión adquiridas en el hospital	Nº úlceras adquiridas/nº úlceras esperables teniendo en cuenta el riesgo de los pacientes atendidos	<1	Gacela
		Notificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente		1. Se realizan entre 10-30 notificaciones/año, se analizan más del 90% de los incidentes recibidos proponiendo mejoras, y se implantan, al menos, el 35% de estas mejoras 2. Se realizan >30 notificaciones al año, se analizan más del 90% de los incidentes con daño potencial elevado recibidos (moderado, severo o muerte) proponiendo mejoras, y se implantan, al menos, el 35% de estas mejoras	SISNOT
IM4	Adecuación uso de recursos compartidos	Peso medio (complejidad hospitalización)		Sin desviaciones importantes, no justificadas, respecto al peso de la unidad del año anterior y el peso medio de servicios similares en hospitales del mismo nivel	CMBD-GRDs
IM5		IEMA. Índice de estancia media ajustada	Estancias observadas/estancias que hubiera tenido la unidad aplicando en cada GRD la estancia media del estándar ²	<1	CMBD-GRDs
IM6	Accesibilidad	Espera máxima lista espera consultas externas (1ª consulta)		≤40 días	BBDD CEXT
IM7		Espera máxima lista espera pruebas realizadas por el servicio ³		Específicos en función de prueba y prioridad	HIS
IM8	Orientación al usuario	% citas reprogramadas en primeras consultas		≤7%	BBDD CEXT
IM9		% pacientes hospitalizados con informe de alta médico y de continuidad de cuidados disponibles (para AP y el paciente) el día del alta (indicador llave)	Nº pacientes con informes de alta y continuidad disponibles el día del alta/nº altas ⁴	100% ⁵	Medora, Gacela

¹ En unidades que atienden a estos pacientes

² Requiere para su valoración: 1. % altas codificadas >99%, 2. % altas programadas con estancia <1 <5% 3. % outlier <5%

³ Broncoscopias

IM10		% de los pacientes G3 del área atendidos en consulta programada	Nº pacientes G3 que se han atendido en consulta programada a lo largo del año/nº pacientes G3 del área	Aumento progresivo en UCA Disminución progresiva otras especialidades	CRG
IM11	Satisfacción del paciente (bienal)	Satisfacción global con la atención recibida	% pacientes que realizan valoración positiva/total pacientes encuestados	≥80% evaluable en 2018 y 2020	GRS-servicio calidad sanitaria
IM12		Fidelidad: volvería o recomendaría a un amigo o familiar si pudiera elegir	% pacientes que realizan valoración positiva/total pacientes encuestados	≥80% evaluable en 2018 y 2020	GRS-servicio calidad sanitaria
IM13		Satisfacción con el trato recibido (trato, amabilidad, intimidad)	% pacientes que realizan valoración positiva/total pacientes encuestados	≥80% evaluable en 2018 y 2020	GRS-servicio calidad sanitaria
IM14		Satisfacción con las competencias de los profesionales	% pacientes que realizan valoración positiva/total pacientes encuestados	≥80% evaluable en 2018 y 2020	GRS-servicio calidad sanitaria
IM15		Satisfacción con la información recibida sobre su problema de salud	% pacientes que realizan valoración positiva/total pacientes encuestados	≥80% evaluable en 2018 y 2020	GRS-servicio calidad sanitaria
IM16		Satisfacción con la continuidad asistencial (reciben información acerca del tratamiento, cuidados, control posterior)	% pacientes que realizan valoración positiva/total pacientes encuestados	≥80% evaluable en 2018 y 2020	GRS-servicio calidad sanitaria
IM17		Satisfacción con el tiempo de espera para entrar en consulta	% pacientes que realizan valoración positiva/total pacientes encuestados	≥80% evaluable en 2018 y 2020	GRS-servicio calidad sanitaria
	Clima laboral (bienal)	Satisfacción global	% profesionales que realizan valoración positiva/total profesionales	Fuera de evaluación. A evaluar en 2018 y 2020	Cuestionario alojado en la intranet
		Satisfacción con las condiciones de trabajo (horario, instalaciones, entorno de trabajo, recursos disponibles,..)	% profesionales que realizan valoración positiva/total profesionales	Fuera de evaluación. A evaluar en 2018 y 2020	Cuestionario alojado en la intranet
		Satisfacción con la formación y oportunidades de desarrollo profesional	% profesionales que realizan valoración positiva/total profesionales	Fuera de evaluación. A evaluar en 2018 y 2020	Cuestionario alojado en la intranet
		Satisfacción con la posibilidad de participar en la mejora de la unidad	% profesionales que realizan valoración positiva/total profesionales	Fuera de evaluación. A evaluar en 2018 y 2020	Cuestionario alojado en la intranet
		Satisfacción con la comunicación	% profesionales que realizan valoración positiva/total profesionales	Fuera de evaluación. A evaluar en 2018 y 2020	Cuestionario alojado en la intranet
		Satisfacción con la relación mando-colaborador	% profesionales que realizan valoración positiva/total profesionales	Fuera de evaluación. A evaluar en 2018 y 2020	Cuestionario alojado en la intranet
		Satisfacción con el reconocimiento en la unidad	% profesionales que realizan valoración positiva/total profesionales	Fuera de evaluación. A evaluar en 2018 y 2020	Cuestionario alojado en la intranet

2. Indicadores específicos

	Dimensión	Indicador	Fórmula	Estándar	Fuente
	Accesibilidad	Indicador sobre Despistaje rápido de Ca pulmón (consulta preferente)*	% de pacientes remitidos a la consulta con protocolo cumplimentado que es visto en plazo máximo 15 días	>75%	HIS. PERCYLES
	Orientación al usuario	Indicador sobre Consulta alta Resolución	% Alta resolución/primeras consultas	>40%	HIS
		Tasa reclamaciones	Nº de reclamaciones por los motivos seleccionados X 1000 / Total de pacientes atendidos. (*) (*)Presentación de informe con propuestas de mejora.	0 /1 por 1000 pacientes atendidos.	Atención al paciente

			Inferior año previo.		
	Formación, docencia e investigación	Nº Proyectos de investigación competitivos desarrollados		Mejorar o mantener el previo o ≥ 1	UGC/CEIC
		N Publicaciones		Mejorar o mantener el previo o ≥ 1	UGC
		Nº Actividades formativas propias y externas		Mejorar o mantener el previo	Memoria del servicio
Institucional de la GRS. Línea estratégicas de la GRS 2015-2019. Asistencial y de calidad. coordinación entre niveles	Efectividad	Protocolización del tratamiento farmacológico de la hipertensión pulmonar	Protocolización del tratamiento farmacológico de la hipertensión pulmonar	Protocolo enviado por el hospital	1 protocolo
		Protocolización de la utilización de fármacos de alto impacto	Protocolización de la utilización de fármacos de alto impacto: omalizumab, mepolizumab, roflumilast, ivacaftor, etc	Protocolos consensuados por el hospital: nº fármacos prtotocolizados	≥ 4 protocolos

* La indicación de preferente en neumología es el cancer de pulmón. Todos los servicios del centro y atención primaria disponen de accesibilidad a la Unidad de forma telematica y telefónica inmediata. (protocolo establecido).

3. Estándares de calidad y seguridad

	Estándar	Garantiza	Nivel	Sistema autoevaluación	Sistema evaluación externa
DERECHOS DE LOS PACIENTES	1. Define la relación de intervenciones y/o procedimientos que requieren CONSENTIMIENTO INFORMADO y utiliza los modelos de consentimiento establecidos	Cumplimiento	En todos los niveles	Check List de autoevaluación de estándares de calidad y seguridad de la GRS	Evaluación externa de acuerdo a manual de estándares de calidad y seguridad de la GRS
	2. Garantiza la INTIMIDAD de los pacientes (barreras físicas en las consultas, áreas reservadas para disponer de información confidencial)	Cumplimiento	En todos los niveles	Check List de autoevaluación de estándares de calidad y	Evaluación externa de acuerdo a manual de estándares de calidad y seguridad de la GRS
	3. Garantiza que se pueden consultar las INSTRUCCIONES PREVIAS DEL PACIENTE (tiene acceso, claves,...)	Cumplimiento	En todos los niveles	Check List de autoevaluación de estándares de calidad y seguridad de la GRS	Evaluación externa de acuerdo a manual de estándares de calidad y seguridad de la GRS
	4. Dispone de un procedimiento para abordar "LA SUSTITUCIÓN EN LA TOMA DE DECISIONES" (familiar, tutor o representante legal) en condiciones de incapacidad o cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención sanitaria	Cumplimiento	En todos los niveles	Check List de autoevaluación de estándares de calidad y seguridad de la GRS	Evaluación externa de acuerdo a manual de estándares de calidad y seguridad de la GRS
	5. Analiza las QUEJAS, RECLAMACIONES Y SUGERENCIAS e introduce mejoras que eviten su repetición. Gestiona las reclamaciones de acuerdo a la legislación	Cumplimiento	En todos los niveles	Check List de autoevaluación de estándares de calidad y seguridad de la GRS	Evaluación externa de acuerdo a manual de estándares de calidad y seguridad de la GRS

GESTIÓN DE RIESGOS

6.	Gestiona que la INFORMACION a pacientes y familiares se realiza de forma adecuada (estrategias para asegurar la confidencialidad, identificación y registro en la HC de las personas autorizadas por el paciente para recibir información clínica, plan de acogida, informe de continuidad de cuidados, informe de alta,...)	Cumplimiento	En todos los niveles	Check List de autoevaluación de estándares de calidad y seguridad de la GRS	Evaluación externa de acuerdo a manual de estándares de calidad y seguridad de la GRS
7.	Identifica a los PROFESIONALES RESPONSABLES DEL PACIENTE	Cumplimiento	En todos los niveles	Check List de autoevaluación de estándares de calidad y seguridad de la GRS	Evaluación externa de acuerdo a manual de estándares de calidad y seguridad de la GRS
8.	Asegura la confidencialidad y la seguridad en el acceso a la DOCUMENTACION CLÍNICA	Cumplimiento	En todos los niveles	Check List de autoevaluación de estándares de calidad y seguridad de la GRS	Evaluación externa de acuerdo a manual de estándares de calidad y seguridad de la GRS
1.	IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DE PACIENTES	Cumplimiento	En todos los niveles	Check List de autoevaluación de estándares de calidad y seguridad de la GRS	Evaluación externa de acuerdo a manual de estándares de calidad y seguridad de la GRS
2.	VALORACIÓN Y PREVENCIÓN DE RIESGOS AL INGRESO Y DURANTE LA ESTANCIA (caídas, úlceras por presión, dolor, estado nutricional, riesgo de suicidio...)	Cumplimiento	En todos los niveles	Check List de autoevaluación de estándares de calidad y seguridad de la GRS	Evaluación externa de acuerdo a manual de estándares de calidad y seguridad de la GRS
3.	PROCEDIMIENTOS DE PRIORIZACIÓN DE LA ATENCIÓN	Cumplimiento	En todos los niveles	Check List de autoevaluación	Evaluación externa de acuerdo a manual de
4.	GESTIÓN DEL CARRO DE PARADAS Y DESFIBRILADOR (lugar de colocación, revisión periódica de caducidades, listado de medicamentos, materiales, equipos que debe contener,...)	Cumplimiento	En todos los niveles	Check List de autoevaluación de estándares de calidad y	Evaluación externa de acuerdo a manual de estándares de calidad y seguridad de la GRS
5.	GESTIÓN DE MEDICACIÓN Y PRODUCTOS SANITARIOS (almacenamiento fifo, revisión periódica de caducidades, mantenimiento cadena de frío, separación de envases similares, gestión de medicamentos de alto riesgo, custodia y manejo de estupefacientes y psicotrópicos,...)	Cumplimiento	En todos los niveles	Check List de autoevaluación de estándares de calidad y seguridad de la GRS	Evaluación externa de acuerdo a manual de estándares de calidad y seguridad de la GRS
6.	HIGIENE DE MANOS. Se alcanzan niveles altos de adherencia	Cumplimiento	En todos los niveles	Check List de autoevaluación de estándares de calidad y seguridad de la GRS	Evaluación externa de acuerdo a manual de estándares de calidad y seguridad de la GRS
7.	Protocolo para la atención de pacientes con CONTENCIÓN MECÁNICA	Cumplimiento	En todos los niveles	Check List de autoevaluación de estándares de calidad y seguridad de la GRS	Evaluación externa de acuerdo a manual de estándares de calidad y seguridad de la GRS
8.	Procedimiento para asegurar el TRASLADO SEGURO de pacientes urgentes y críticos	Cumplimiento	En todos los niveles	Check List de autoevaluación de estándares de calidad y seguridad de la GRS	Evaluación externa de acuerdo a manual de estándares de calidad y seguridad de la GRS

GESTIÓN DE PROCESOS	9. PLAN DE ACOGIDA PARA NUEVOS PROFESIONALES con advertencias sobre los principales riesgos de la unidad y recomendaciones para prevenirlos	Cumplimiento	En todos los niveles	Check List de autoevaluación de estándares de calidad y seguridad de la GRS	Evaluación externa de acuerdo a manual de estándares de calidad y seguridad de la GRS
	10. CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN AL INGRESO Y EL ALTA	Cumplimiento	En todos los niveles	Check List de autoevaluación de estándares de calidad y seguridad de la GRS	Evaluación externa de acuerdo a manual de estándares de calidad y seguridad de la GRS
	11. COMUNICACIÓN EN LA UNIDAD (5' comunicación medico-enfermera responsable del paciente, comunicación en cambios de turno, pases de guardia,...)	Cumplimiento	En todos los niveles	Check List de autoevaluación de estándares de calidad y seguridad de la GRS	Evaluación externa de acuerdo a manual de estándares de calidad y seguridad de la GRS
	12. NOTIFICA INCIDENTES, LOS ANALIZA Y PROPONE MEJORAS QUE EVITE SU REPETICIÓN	Cumplimiento	En todos los niveles	Check List de autoevaluación de estándares de calidad y seguridad de la GRS	Evaluación externa de acuerdo a manual de estándares de calidad y seguridad de la GRS
	13. DEFINE EVENTOS CENTINELAS Y ANALIZA SUS CAUSAS CUANDO SE PRODUCEN	Cumplimiento	Nivel II y III	Check List de autoevaluación de estándares de calidad y seguridad de la GRS	Evaluación externa de acuerdo a manual de estándares de calidad y seguridad de la GRS
	14. SISTEMA DE ASUNCION PROGRESIVA DE RESPONSABILIDADES PARA NUEVOS PROFESIONALES	Cumplimiento	Nivel II y III	Check List de autoevaluación de estándares de calidad y seguridad de la GRS	Evaluación externa de acuerdo a manual de estándares de calidad y seguridad de la GRS
	15. Define el MAPA DE RIESGOS DE LA UNIDAD y propone prácticas seguras que den respuesta a esos riesgos	Cumplimiento	Nivel III	Check List de autoevaluación de estándares de calidad y seguridad de la GRS	Evaluación externa de acuerdo a manual de estándares de calidad y seguridad de la GRS
GESTIÓN DE PROCESOS	1. Se ha definido el MAPA DE PROCESOS de la unidad	Cumplimiento	En todos los niveles	Check List de autoevaluación de estándares de calidad y seguridad de la GRS	Evaluación externa de acuerdo a manual de estándares de calidad y seguridad de la GRS
	2. Se han definido e implantado los principales PROCESOS ORGANIZATIVOS de la unidad y se revisan y mejoran periódicamente. Cada uno recoge: • Actividades a realizar • Funciones y responsabilidades de los profesionales en cada proceso • Puntos críticos de cada proceso para asegurar buenos resultados • Indicaciones de los principales procedimientos quirúrgicos y exploraciones complementarias utilizadas en la unidad • Interacciones, relaciones con otros servicios, unidades, niveles de atención, centros de referencia y demoras acordadas según nivel de prioridad, mapa de derivaciones • Guías, vías clínicas y planes de cuidado de referencia • Indicadores	Cumplimiento	Nivel II y III	Check list de autoevaluación de estándares de calidad y seguridad de la GRS	Evaluación externa de acuerdo a manual de estándares de calidad y seguridad de la GRS

- **Sistemas de información con los que cuenta para su seguimiento y evaluación**
El sistema de información estará centralizado en control de gestión, quien en la actualidad recoge la información de los distintos servicios del centro, además de los principales sistemas de información corporativos de la Gerencia Regional de Salud disponibles Jimena, Medora, Gacela, Saturno, Aida, Concylla, SIAPCYL, Farmatools, Endobase, HIS, IRE RIS/PACs, PatWin, Dietools y Lync, entre otros.

- **Periodicidad de análisis y difusión de objetivos y resultados en la unidad**

- La periodicidad del análisis será mensual, en el que se incluyan todos los indicadores del cuadro de mandos y de gestión de la Unidad.
- Dicha información estará centralizada por la Unidad de gestión del centro.

6.- OBJETIVOS PRESUPUESTARIOS

La Unidad se ajustara al presupuesto asignado.

Se realizará análisis del gasto en las distintas áreas valorando ineficiencias para poder subsanarlas.

Se seguirá la política de eficiencia en el gasto farmacéutico y medicina basada en la evidencia.

En las patologías de alto impacto económico se desarrollará un protocolo de indicación de tratamiento con la máxima evidencia científica.

7.- OBJETIVOS POR CATEGORIAS

Los objetivos contenidos en las tablas del apartado 5 se asignan a todas las categorías profesionales que integran la Unidad de Gestión Clínica. La contribución al logro de estos objetivos se realizará según las funciones y competencias propias de cada categoría profesional. En dichas tablas constan los criterios de evaluación.

Categoría	Objetivo	Criterio de evaluación
Médicos	Realización protocolo patologías >2 por médico	Propia Unidad
	Pase diario de planta hospitalización	Propia Unidad
	Atención pacientes consulta externas	Propia Unidad
	Vigilancia seguridad del paciente	Propia Unidad

	Firma consentimiento informado	Propia Unidad/Calidad
Enfermeras	Informes de enfermería al alta hospitalaria	Gacela
	Cumplimiento órdenes tratamiento hospital	Farmacia/Ordenes tratamiento
	Vigilancia seguridad del paciente	Propia Unidad
	Cumplimiento check list Broncoscopias	Propia Unidad/Calidad
	Cumplimiento protocolo de mantenimiento y calibración de aparataje del laboratorio	Propia Unidad
TCAE	Cumplimiento protocolo de desinfección de material	Propia Unidad/Calidad
	Cumplimiento de protocolo de preparación al paciente: monitorización.	Propia Unidad
	Cumplimiento de protocolo de cuidados del paciente ingresado	Propia Unidad