

**MEMORIA PARA UNIDAD GESTIÓN
CLÍNICA DEL SERVICIO DE CIRUGÍA
ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA DEL
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO LOS
ARCOS DEL MAR MENOR
MASTER EN DIRECCIÓN Y GESTIÓN SANITARIA**

Presentado por: José Antonio Cano Martínez

Asesorado por: Julian Vitaller Burillo

Ciudad: Murcia

Fecha: 10.02.2017

0.ÍNDICE

	PÁGINA
0. ÍNDICE	2
I. CURRICULUM VITAE	3-12
II. MEMORIA PARA JEFATURA DE SERVICIO	13
III. MISIÓN-VISIÓN-VALORES DE LA UGC	14
IV. MARCO GENERAL DE ACTUACIÓN DE LA UGC	15-16
V. ANÁLISIS ESTRATÉGICO DE LA SITUACIÓN	17-32
V.1.1 DATOS DEMOGRÁFICOS	17-24
V.1.2 RECURSOS SANITARIOS	25-28
V.1.3 CARTERA DE SERVICIOS.	29-32
VI. ANÁLISIS INTERNO DE LA UGC	33-44
VI.2.1 RECURSOS HUMANOS	33-34
VI.2.2 ANÁLISIS DE LOS DATOS DE FUNCIONAMIENTO UGC EN LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS	35-39
VI.2.3 MATRIZ DAFO	40-44
VII. PLAN DE ACTUACIÓN DEL A UGC	45-68
VII.1 OBJETIVOS ASISTENCIALES, FINANCIEROS Y DE SOSTENIBILIDAD	45-48
VII.2 PROCESOS ESTRATÉGICOS, OPERATIVOS Y DE SOPORTE	49-64
VII.3 DOCENCIA Y FORMACIÓN CONTINUADA	65
VII.4 ACTIVIDAD INVESTIGADORA	66
VII.5 CMI DE LA UGC	67-68
VIII. BIBLIOGRAFIA	69-71

I.CURRICULUM VITAE



Nombre: José Antonio Cano Martínez

Fecha nacimiento: 03-01-1978

Localidad: Ceutí

Provincia: Murcia

C.P.:30562

Tfno: 657896302

Domicilio: C/ESCUELAS, NÚMERO 2.

Licenciado en medicina y cirugía por la facultad de Murcia (promoción 1996-2002).

Notas:

4 Matrículas de Honor

10 Sobresalientes

15 Notables

2 Aprobados

1. EXAMEN MIR:Nº 377. Febrero 2003.
2. En 5º curso de la carrera de Bioquímica en la facultad de Biología de Murcia.
3. Curso de Doctorado: 2003-2005. Anatomía clínica del aparato locomotor. Departamento de anatomía humana y psicobiología. NOTA MEDIA : SOBRESALIENTE. 33 CRÉDITOS. Dr. Ginés DoménechRatto.

➤ **PUESTO DE TRABAJO ACTUAL:**

1. Facultativo especialista de área en Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor. Responsable de unidad de hombro y codo. Área de miembro superior.
2. Profesor asociado de la Universidad de Murcia.

➤ **TESIS DOCTORAL**

-DOCTOR POR LA UNIVERSIDAD DE MURCIA.

TESIS: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LESIONES ACROMIOCLAVICULARES AGUDAS: ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE TÉCNICA ARTROSCÓPICA (SISTEMA TIGHTROPE®) Y TÉCNICA MINIINVASIVA (SISTEMA TWIN TAIL®). 18-12-2015

A. CURSOS-CONGRESOS

1. **VII JORNADAS DE ACTUALIZACIÓN EN CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA. CADERA DE RIESGO: CIRUGÍA CONSERVADORA.** 28 de Noviembre 2003. Murcia. 1,5 créditos equivalentes a 8 horas lectivas.
2. **CURSO NACIONAL AO: PRINCIPIOS TRATAMIENTO QUIRÚRGICO FRACTURAS.** 24-27 Marzo 2004. Alicante. 50 horas.
3. **VIII JORNADAS DE ACTUALIZACIÓN EN CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA. CONTROVERSIAS Y ENFOQUE ACTUAL EN LA A.T.R.** 26 de Noviembre 2004. 1,5 créditos equivalentes a 8 horas lectivas.
4. **VIII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA DEL HOMBRO Y DEL CODO.** 3,4 y 5 de Marzo 2005. La Coruña. . *RESULTADOS DE LA HEMIARTROPLASTIA DE HOMBRO EN FRACTURAS DE EXTREMIDAD PROXIMAL DE HÚMERO.*
5. **42 CONGRESO NACIONAL DE LA SECOT.** 4 al 7 de Octubre 2005.
6. **PASADO, PRESENTE Y FUTURO DE LA CIRUGÍA DE COLUMNA.** Del 3 al 6 de Noviembre 2005. Gijón.
7. **IX CURSO DE ACTUALIZACIÓN EN TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA. ARTROPLASTIA EN EL MIEMBRO SUPERIOR. NUEVAS TECNOLOGÍAS EN REPARACIÓN ÓSEA.** 25 de Noviembre 2005. Murcia. 1,5 créditos equivalentes a 8 horas lectivas.
8. **2º CURSO DE FORMACIÓN CONTINUADA EN PATOLOGÍA INFECCIOSA DEL APARATO LOCOMOTOR PARA RESIDENTES DE COT.** 17,18 de Febrero 2006. 10 horas lectivas.
9. **XXVI CURSO TEÓRICO-PRÁCTICO PATOLOGÍA RODILLA.** Practicas de cirugía artroscópica avanzada. Ligamentoplastia, sutura meniscal y anatomía artroscópica aplicada. 15 al 17 de Marzo 2006. Madrid. 10 horas prácticas.
10. **1º CURSO DE PROFILAXIS TROMBOEMBÓLICA EN ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS.** 26, 27 de Mayo 2006. Barcelona. 1,1 créditos equivalentes a 8 horas lectivas.
11. **X JORNADAS DE ACTUALIZACIÓN EN TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA.** Osteosíntesis-inestabilidad de rodilla y reparación. Implante meniscal y transplantemeniscal. 24 de Noviembre 2006. Murcia.
12. **CURSO AEA DONOSTIA CIRUGÍA EN DIRECTO.** Cursos de formación AEA en antomía y cirugía artroscópica. 25, 26 y 27 de Octubre 2006. San Sebastián.
13. **MASTER OFICIAL EN TRAUMATOLOGÍA DEL DEPORTE.** 17 de Febrero 2007. . 4 charlas de miembro superior (1 hora en total).
14. **XXI CURSO DE MICROCIRUGÍA Y CIRUGÍA DE LA MANO.** 12 al 16 de Marzo 2007. Zaragoza. 30 horas prácticas. 7,4 créditos. Expte: 02-000507/001A
15. **XV CURSO DE TUMORES DEL APARATO LOCOMOTOR.** 22 y 23 de Marzo 2006. Curso de doctorado y formación continuada. Barcelona.
16. **IX REUNIÓN INTERNACIONAL DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA ONCOLÓGICA.** 24 de Marzo 2006. Barcelona.

17. **XVI CURSO DE TUMORES DEL APARATO LOCOMOTOR.** 21 y 22 de Marzo 2007. Curso de doctorado y formación continuada. Barcelona.
18. **X REUNIÓN INTERNACIONAL DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA ONCOLÓGICA.** 23 de Marzo 2007. Barcelona.
19. **GEER.** Fracturas vertebrales toracolumbares. 30 Mayo 2007. Santander. 1,12 créditos.
20. **IX CONGRESO SILACO Y XXI CONGRESO GEER.** 31 Mayo-2 Junio 2007
21. **EDINBURGH INTERNATIONAL INSTRUCTIONAL TRAUMA COURSE 2007.** 30 horas CPD. 20-24 Agosto 2007.
22. **44 CONGRESO SECOT.** Madrid 26-28 Sept 2007.
23. **44 CONGRESO NACIONAL SECOT.** MR-1: Fracturas de astrágalo. 0,4 créditos. 28 Sept 2007.
24. **44 CONGRESO NACIONAL SECOT.** CFMC-2: Fracturas de la columna cervical. 0,3 créditos. 26 Sept 2007
25. **44 CONGRESO NACIONAL SECOT.** CFMC-4:COMPLICACIONES SEPTICAS EN ARTROPLASTIA DE CADERA Y RODILLA. 0,3 créditos. 26 Sept 2007
26. **44 CONGRESO NACIONAL SECOT.** CFMC-5:Effort Forum: Cirugia reconstructiva de la mano. 0,4 créditos. 27 Sept 2007
27. **44 CONGRESO NACIONAL SECOT.** CFMC-8 :Conceptos actuales en cirugía reconstructiva: Perspectivas desde la clínica Mayo. 0,7 créditos. 27 Sept 2007
28. **Que hay de nuevo?** 15-17 Nov 2007. Madrid.
29. **II CURSO Teórico-Práctico Anatomía y Cirugía de Pie y tobillo.** 30 Enero-2 Febrero 2008. 33 horas lectivas, 6,5 créditos (europeanaccreditationcouncilfor CME).
30. **CURSO DE ACTUALIZACIÓN EN CIRUGIA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGIA.** 21 MAYO 2007 A 23 JUNIO 2008. 320 HORAS LECTIVAS.
31. **45 CONGRESO NACIONAL SECOT.** 1-3 Octubre 2008. CFMC-8: Cirugia artroscópica de hombro. 0,7 créditos.
32. **45 CONGRESO NACIONAL SECOT.** 1-3 Octubre 2008. CFMC-5:Espondilitis infecciosa. 0,4 créditos.
33. **45 CONGRESO NACIONAL SECOT.** 1-3 Octubre 2008. CS 1: FX FÉMUR EN NIÑO. 0,4 créditos.
34. **45 CONGRESO NACIONAL SECOT.** 1-3 Octubre 2008. CFMC-3:PROTESIS UNICCOMPARTIMENTAL DE RODILLA. 0,3 créditos.
35. **45 CONGRESO NACIONAL SECOT.** 1-3 Octubre 2008. CFMC-1: Cadera dolorosa del niño. 0,3 créditos.
36. **45 CONGRESO NACIONAL SECOT.** 1-3 Octubre 2008. MR-2: Sd choque femoroacetabular. 0,4 créditos.
37. **45 CONGRESO NACIONAL SECOT.** 1-3 Octubre 2008. MR-1:Artroplastia de superficie de cadera. 0,4 créditos.
38. **45 CONGRESO NACIONAL SECOT.** 1-3 Octubre 2008. CFMC-6: INESTABILIDADES DE CODO. 0,3 créditos.
39. **45 CONGRESO NACIONAL SECOT.** 1-3 Octubre 2008. CFMC-4: Estrategias de ahorro de sangre en COT. 0,3 créditos.
- 40.
41. **XII jornadas ACTUALIZACIÓN EN TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA ORTOPÉDICA. NUEVAS TENDENCIAS EN TRATAMIENTO EN FRACTURAS PÉLVICAS Y EN LA PATOLOGIA DE CADERA DEL ADULTO JOVEN.** 27-28 nov 2008. 9,5 horas lectivas, 1,4 créditos.
42. **BKM'09.** 4-6 Febrero 2009.
43. **II internationalCongress of Mini-InvasiveFoot and AnkleSurgery.** Murcia (Spain). 23-25 Abril 2009.
44. **46 CONGRESO SECOT.** BARCELONA. 23-25 Sept. 2009 30 horas lectivas.

45. **SÍNDROMES GENERALES Y PROCEDIMIENTOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO EN CIRUGIA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGIA.** COD: MSX5501. 13,23 CRÉDITOS. CURSOCOT-2. 1 de Octubre a 14 Diciembre 2009.
46. **SÍNDROMES GENERALES Y PROCEDIMIENTOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO EN CIRUGIA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGIA.** Cod MSX5501. 13,23 créditos. CURSOCOT-2. 1 Octubre 2009 a 14 Diciembre 2009.
47. **PATOLOGIA ÓSEA EN CIRUGIA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGIA.** Cod MSX5502. 13,23 créditos. CURSOCOT-2. 2 Enero 2010 a 29 Marzo 2010.
48. **PATOLOGIA ARTICULAR, MUSCULOTENDINOSA Y VASCULONERVIOSA EN CIRUGIA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGIA.** Cod MSX5503. 12,35 créditos. CURSOCOT-2. 8 de Marzo de 2010 a 4 Julio 2010.
49. **PATOLOGIA DE LA CINTURA ESCAPULAR Y EL HOMBRO.** Cod MSX5504. 11,91 créditos. CURSOCOT-2. 14 Junio 2010 a 30 Octubre 2010.
50. **PATOLOGIA DEL CODO MUÑECA Y MANO.** MSX5505. 13,23 créditos. CURSOCOT-2. 4 Oct 2010 a 13 Dic 2010.
51. **PATOLOGIA DE LA CADERA Y PELVIS.** MSX5506.10,58 créditos. CURSOCOT-2. 13 Diciembre 2010-27 Febrero 2011.
52. **PATOLOGIA DE LA RODILLA,TOBILLO Y PIE.** MSX5507. 13,72 CRÉDITOS. CURSOCOT-2.28 Febrero a 24 de Julio 2011.
53. **PATOLOGIA DE LA COLUMNA VERTEBRAL.** MSX5508. 9,26 cédtitos. CURSOCOT-2. 27 Junio a 2 Octubre 2011.
54. **XXVIII CONGRESO AEA.** 5-7 Mayo 2010. 2 créditos, 1,5 horas lectivas.
55. **2010 BILBAO SHOULDER.** 10-11 Junio 2010. 2,1 créditos (288/10).
56. **UpperExtremitiesSolutionsMasterClass.** Sept 21-22 2010. ZimmerInstitute.
57. **BMJ Learning.** Anafilaxia: Actualización del tratamiento. Univadis. 2 Octubre 2010.
58. **BMJ Learning.** Dolor espalda crónico: actualización sobre tto y diagnóstico. Univadis. 11 Octubre 2010.
59. **Evaluación de pacientes con artritis reumatoide en la práctica clínica.** 1,3 créditos, 10 h lectivas. 30 Octubre 2010
60. **XIV Jornadas de Actualización en Cirugia Ortopédica y traumatología.**Patología del Miembro superior. 1,1 crédito (10 h lectivas). 19 Nov 2010
61. **2nd Valladolid ShoulderSurgeryCourse.** 27-28 Enero 2011. 2,2 créditos (16,5 h lectivas).
62. **Fractura por fragilidad y dolor en rodilla.** 1 crédito, 8 h lectivas. Nº exped 99-0077-02/0199-A). 18 Nov 2011
63. **ARTROPLASTIA DE CODO EN CADAVER.** II EDICIÓN. 25 Nov 2011 8 horas léctivas. Reg:2012/000000020
64. **III curso nacional de Osteoporosis:** Niveles muy bajos de vit D. 3,7 créditos, 30 horas lectivas. 21 Nov 2010.
65. **CORR.**Reumatología. 5,2 créditos, 30 horas lectivas. Nº reg:0897/08/2009, acreditación sEMERGEN 46/2009. 1 Abril 2011 a 1 Abril 2012.
66. **BMJ Learning.** Examen de hombro y diagnóstico. Univadis. 11 Sept 2011.
67. **SANTANDER SHOULDER MEETING 2012.** Santander, 8-9 Marzo 2012.
68. **ESCRIBIR Y PUBLICAR EN MEDICINA.** 7,10 créditos SEAFORMEC con número 0009/01/2011. 14 de Marzo 2012.
69. **SEGURIDAD CLÍNICA DEL PACIENTE EN AP.** Madrid,14 Julio 2012. Módulo 2, 5,8 créditos. Exp 11-4042
70. **SHOULDER ARHTROSCOPY AND ARthroPLASTY.** 8-9 Marzo 2012. 2,7 créditos. Exp: 27.567-1128/11)
71. **NICE SHOULDER COURSE 2012.** 7-9 junio. 18 european CME credits. Dr. Boileau.

72. **PROGRAMA DE FORMACIÓN CONTINUADA ON-LINE “DOL-PACK” EN PACIENTE CON DOLOR CRÓNICO.** Unidad 1, 3,1 créditos (15 horas lectivas), nº expediente 11-20034. Périodoléctivo 2 Enero a 31 Diciembre 2012.
73. **PROGRAMA DE FORMACIÓN CONTINUADA ON-LINE “DOL-PACK” EN PACIENTE CON DOLOR CRÓNICO.** Unidad 2, 3,1 créditos (15 horas lectivas), nº expediente 11-20035. Périodoléctivo 2 Enero a 31 Diciembre 2012
74. **PROGRAMA DE FORMACIÓN CONTINUADA ON-LINE “DOL-PACK” EN PACIENTE CON DOLOR CRÓNICO.** Unidad 3, 3,3 créditos (16 horas lectivas), nº expediente 11-20036. Périodoléctivo 2 Enero a 31 Diciembre 2012
75. **SEGURIDAD CLÍNICA DEL PACIENTE EN AP.** Madrid, 14 Julio 2012. Módulo 3, 5,8 créditos. Exp 11-4043
76. **ANÉMICA FERROPÉNICA DEL EMBARAZO.** Barcelona, 14 Julio 2012. Nº reg; 09/03428-MD. 19 h lectivas, 2,8 créditos
77. **49 CONGRESO SECOT.** MÁLAGA 2012, 3-5 OCTUBRE.
78. **CURSO AVANZADO DE CIRUGIA DE RODILLA.** Hospital los arcos del Mar Menor. 18-19 Octubre 2012.
79. **SÍNDROMES GENERALES Y PROCEDIMIENTOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO EN CIRUGIA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGIA.** COD: SOB6227_00. 9,62 CRÉDITOS. CURSOCOT-3. 1 de Octubre 201 a 9 Diciembre 2012.
80. **PATOLOGIA ARTICULAR, MUSCULOTENDINOSA Y VASCULONERVIOSA EN CIRUGIA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGIA.** Cod ZOP2368_00. 8,44 créditos. CURSOCOT-3. 3 Marzo 2013 a 2 Junio 2013.
81. **PATOLOGIA ÓSEA EN CIRUGIA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGIA.** Cod GXI032_00). 8,72 créditos. CURSOCOT-3. 10 Diciembre 2012 a 24 Febrero 2013.
82. **PATOLOGIA DE LA CINTURA ESCAPULAR Y EL HOMBRO.** Cod SNX7570_00). 9,11 créditos. CURSOCOT-3. 13 Mayo 2012 a 21 Julio 2012.
83. **PATOLOGIA DEL CODO MUÑECA Y MANO.** Cod IYI0163_00. 8,78 créditos. CURSOCOT-3. 9 Sept 2013 a 17 Nov 2013.
84. **PATOLOGIA DE LA CADERA Y PELVIS.** Cod: JEN3246_00. 10,58 créditos. CURSOCOT-3. 18 Nov 2013 a 26 de Enero 2014
85. **PATOLOGIA DE LA RODILLA.** Cod THE7745_00, 6,75 CRÉDITOS. CURSOCOT-3.27 Enero 2014 a 23 de Marzo 2014.
86. **PATOLOGIA DE TOBILLO-PIE.** Cod BGL8185_00. 5,91 créditos. CURSOCOT-3. 24 Marzo a 18 de Mayo de 2014.
87. **DIAGNÓSTICO POR IMAGEN EN PATOLOGIA MUSCULOESQUELÉTICA. 27 OCTUBRE 2012.** UNIDAD 1 (2,8 CRÉD, EXP 11-9853), UNIDAD 2 (3 CRÉDITOS, EXPD 11-19855), UNIDAD 3 (CRÉDITOS 3,6, EXPD 11-19854) Y UNIDAD 4(3 CRÉDITOS, EXPD 11-19856).
88. **1º IACES.** MADRID 21-23 Sept 2013.
89. **XVII JORNADAS DE ACTUALIZACIÓN EN CIRUGIA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGIA.** 28-29 NOV 2013. 8 HORAS LECTIVAS. 29 nov 2013.
90. **SANTANDER INTERNATIONAL ORTHOP MEETING.** 6TH EDITION. BASIC AND ADVANCE INSTRUCTIONAL COURSE UPDATE 13-14 FEBRERO 2014.
91. **25 SECEC-ESSSE.** ISTANBUL 2014. 17-20 SEPT. 17 european CME credits.
92. **II JORNADAS DE ACTUALIZACIÓN EN TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA ORTOPÉDICA: ROTURAS MASIVAS DE MANGUITO ROTADOR Y COMPLICACIONES EN CIRUGIA DE HOMBRO.** 7 DE NOVIEMBRE DE 2014. PATROCINIO CIENTÍFICO SECOT. 1,3 créditos, 10 horas lectivas.
93. **ASISTENTE EN SESIONES CLÍNICAS SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA ORTOPÉDICA 2014.** 19-06-2014 A 02-10-2014. 22 HORAS LECTIVAS. Nº E-14-1085501
94. **XVIII JORNADAS DE ACTUALIZACIÓN EN CIRUGIA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGIA. ARTROPLASTIA Y FRACTURA DE HOMBRO.** Nº reg:P-14-11364-01. 1,3 créditos (15 horas lectivas). Murcia 28 Noviembre de 2014.

95. **XIII CONGRESO SECHC.** Las Palmas 5-7 Marzo 2015.
96. **CURSO DE FORMACIÓN CONTINUADA EN REUMATOLOGÍA:Utilidad clínica de Autoanticuerpos en las enfermedades autoinmunes.** 5,6 créditos. 51 horas lectivas. 1 de Mayo 2016. 07-AFOC-02932.6/2015.
97. **CURSO DE FORMACIÓN CONTINUADA EN REUMATOLOGÍA:Imagen en reumatología. Ecografía en Artritis Reumatoide, signos precoces de inflamación articular.** 8,7 créditos. 62 horas lectivas. 1 de Mayo 2016. 07-AFOC-02890.4/2015.
98. **TÉCNICAS PARA REALIZACIÓN DE BIOPSIA SINOVIAL.** 0,8 créditos, 4,30 horas lectivas. 1 de Mayo 2016. Nº expediente: 07-AFOC-03287.7/2014.
99. **Foot and AnklePathology-Módulo I.** 10,2 créditos. 72 horas lectivas. Número de registro: 09/014301-MD. 31 d Enero de 2016.
100. **V ShoulderExpertForum.** Valencia 21-22 Abril 2016. 15 horas lectivas
101. **SESIONES CLÍNICAS SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA 2015-3.** 15 horas lectivas. CLAVE E-1513816-01.
102. **1º EDICIÓN CURSO ONLINE TUMORES DEL SISTEMA MUSCULoesQUELÉTICO.** 7 de Junio 2016. Número Expediente: 07-AFOC-01913.8/2015. 8,2 créditos.
103. **Foot and AnklePathology.** Módulo II. 12,7 créditos. 100 horas lectivas. Número de registro: 09/015866-MD. 10 de Julio 2016.
104. **SESIONES CLÍNICAS SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA 2016-1.** 13 horas lectivas. CLAVE E-16-14315-01.
105. **SESIONES CLÍNICAS SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA 2016-2.** 15 horas lectivas. CLAVE E-16-15831-01.

B. COMUNICACIÓN. PONENCIA:

1. **RESULTADOS DE LA HEMIARTROPLASTIA DE HOMBRO EN FRACTURAS DE EXTREMIDAD PROXIMAL DE HÚMERO.** VIII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA DEL HOMBRO Y DEL CODA. 3,4 y 5 de Marzo 2005. La Coruña.
2. **FRACTURAS MIEMBRO SUPERIOR. MASTER OFICIAL EN TRAUMATOLOGÍA DEL DEPORTE.** UCAM. 17 de Febrero 2007. Murcia.
3. **FRACTURA DE CALCÁNEO NO DIAGNOSTICADA. COMPLICACIONES Y SECUELAS.** Revista Residentes SECOT. 2007. SETRADE. 44º CONGRESO NACIONAL SECOT, 26 SEPT 2007.
4. **INESTABILIDAD GLENOHUMERAL.** 24.02.2014. HOSPITAL LOS ARCOS DEL MAR MENOR
5. **REVISIÓN DE INFECCIÓN EN PTR.** 21.04.2014. HOSPITAL LOS ARCOS DEL MAR MENOR
6. **FRACTURA SUPRACONDILEA EN NIÑOS.** 02.06.2014. HOSPITAL LOS ARCOS DEL MAR MENOR.
7. **PONENTE EN SESIONES CLÍNICAS SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA ORTOPÉDICA 2014.** 19-06-2014 A 02-10-2014. 3 HORAS LECTIVAS. Nº E-14-1085501

8. ESTUDIO DE LA PATOLOGIA DOLOROSA EN LA CONSULTA DEL ESPECIALISTA. INVESTIGADOR PRINCIPAL. CÓDIGO PROTOCOLO: DOL-0211. 10 FEB 2011 DIPLOMA COD: 3191 451.
9. ESTUDIO COMPARATIVO DE LA OSTEOSÍNTESIS CON PLACA Y LA ARTROPLASTIA INVERTIDA EN FRACTURAS DE EXTREMIDAD PROXIMAL DE HÚMERO EN PACIENTES ANCIANOS. PRIMER AUTOR. 5-7 MARZO. SECHC (LAS PALMAS).
10. LUXACIONES ACROMIOCLAVICULARES TIPO V DE ROCKWOOD: RESULTADOS CLÍNICOS Y RADIOLÓGICOS CON TWIN-TAIL. PRIMER AUTOR. 5-7 MARZO. SECHC (LAS PALMAS).
11. SESIONES CLÍNICAS SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA 2015-3. 2 horas lectivas. CLAVE E-1513816-01
12. SESIONES CLÍNICAS SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA 2016-1. 2 horas lectivas. CLAVE E-16-14315-01.
13. SESIONES CLÍNICAS SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA 2016-2. 2 horas lectivas. CLAVE E-16-15831-01.

C. POSTERS

1. LOCALIZACIÓN ATÍPICA METÁSTASIS CARCINOMA DE MAMA. CO-AUTOR. XLIV CONGRESO INTERNACIONAL SATO-SOTIMI-SMACOT. 6-8 MARZO 2014
2. PIE CHARCOT. XLIV CONGRESO INTERNACIONAL SATO-SOTIMI-SMACOT. CO-AUTOR. 6-8 MARZO 2014
3. ARTROPLASTIA DE INTERPOSICIÓN EN HOMBRO. XLIV CONGRESO INTERNACIONAL SATO-SOTIMI-SMACOT. CO-AUTOR. 6-8 MARZO 2014
4. NEUROPATIA COMPRESIVA NERVIO CUBITAL TRAS FRACTURA-LUXACIÓN DE CODO (EPITROCLEA). PRIMER AUTOR. 5-7 MARZO. SECHC (LAS PALMAS).
5. FRACTURAS DE APÓFISIS CORONOIDES TRATADAS CON UNA PLACA NO ESPECIFICAMENTE DISEÑADA PARA ELLO: REVISIÓN DE 4 CASOS. PRIMER AUTOR. 5-7 MARZO. SECHC (LAS PALMAS).

6. **FRACTURA-LUXACIÓN POSTERIOR DE HOMBRO POSTRAUMÁTICA AGUDA: A PROPÓSITO DE 2 CASOS.** PRIMER AUTOR. 5-7 MARZO. SECHC (LAS PALMAS).
7. **FRACTURA DE ACROMION TRAS ARTROSCOPIA DE HOMBRO: UNA SERIE DE CATASTRÓFICAS DESDICHAS.** PRIMER AUTOR. 5-7 MARZO. SECHC (LAS PALMAS).
8. **DISOCIÓN METAGLENA-GLENOSFERA EN ARTROPLASTIA INVERTIDA: NUESTRA EXPERIENCIA.** PRIMER AUTOR. 5-7 MARZO. SECHC (LAS PALMAS).
9. **SÍNDROME TUNEL TARSIANO ANTERIOR SECUNDARIO A EXOSTÓSIS ASTRAGALINA.** CO-AUTOR. 53 CONGRESO SECOT. 28 SEPTIEMBRE 2016.

D. ARTÍCULOS PUBLICADOS:

1. TRATAMIENTO DEL HALLUX VALGUS MODERADO CON SISTEMA MINI TIGHT-ROPE: TÉCNICA MODIFICADA. PRIMER AUTOR. REVISTA ESPAÑOLA DE CIRUGIA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGIA. VOLUMEN 55, NÚMERO 5, SEPT-OCTU 2011.

2. Treatment of distal-third clavicular fractures (Neertype ii-b) with a triple button device. Cano-Martínez JA, Nicolás-Serrano G, Andrés-Grau J, Bento-Gerard J. Rev Esp Cir Ortop Traumatol. 2016 Nov - Dec;60(6):378-386. doi: 10.1016/j.recot.2016.06.001. English, Spanish.

PMID: 27435987

3. Acutehigh-grade acromioclavicular dislocationstreatedwith triple buttondevice (MINAR): Preliminaryresults. Cano-Martínez JA, Nicolás-Serrano G, Bento-Gerard J, Picazo-Marín F, Andrés-Grau J. Injury. 2016 Nov;47(11):2512-2519. doi: 10.1016/j.injury.2016.09.029.

PMID: 27663286

E.DIRECTOR CURSO:

II JORNADAS DE ACTUALIZACIÓN EN TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA: ROTURAS MASIVAS DE MANGUITO ROTADOR Y COMPLICACIONES EN CIRUGÍA DE HOMBRO. 7 DE NOVIEMBRE DE 2014. PATROCINIO CIENTÍFICO SECOT.

F.DIRECTOR TALLER:

TALLER DE FORMACIÓN EN ARTROSCOPIA, ESPECIALIDAD HOMBRO. 7 de Nov de 2014 en HGU Los Arcos del Mar Menor, Murcia. Auspicio: Arthrex (Aldimesa).

G.EDITOR DE LIBRO

1. **ROTURAS MASIVAS DE MANGUITO ROTADOR Y COMPLICACIONES EN CIRUGÍA DE HOMBRO.** PRIMER EDITOR. ISBN: 978-84-617-3744-4. DEPÓSITO LEGAL: MU 1427-2014. Ed: Diego Marín (Murcia).

H. AUTOR DE LIBRO

1. **ROTURAS MASIVAS DE MANGUITO ROTADOR Y COMPLICACIONES EN CIRUGÍA DE HOMBRO.** PRIMER AUTOR. ISBN: 978-84-617-3744-4. DEPÓSITO LEGAL: MU 1427-2014. Ed: Diego Marín (Murcia).
2. **TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LESIONES ACROMIOCLAVICULARES AGUDAS: ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE TÉCNICA ARTROSCÓPICA (SISTEMA TIGHTROPE®) Y TÉCNICA MINIINVASIVA (SISTEMA TWIN TAIL®).** PRIMER AUTOR. ISBN: 978-84-608-7075-3. 2016
3. **RESULTADOS DE LA HEMIARTROPLASTIA EN FRACTURAS DE EXTREMIDAD PROXIMAL DE HÚMERO. RESULTADOS CLÍNICOS Y RADIOLÓGICOS.** PRIMER AUTOR. ISBN: 978-84-16376-77-3. Depósito legal: MU 766-2015. Ed: Diego Marín.
4. **TRATAMIENTO DE LA ARTROSIS DE RODILLA CON INFILTRACIÓN ARTICULAR DE ÁCIDO HIALURÓNICO VS CORTICOIDE.** Co-autor. ISBN: 978-8416534-18-0. Depósito legal: MU 863-2015. Ed: Diego Marín (Murcia)
5. **TRATAMIENTO DE LAS SECUELAS DE FRACTURAS DE HÚMERO PROXIMAL MEDIANTE ARTROPLASTIA INVERTIDA DE HOMBRO.** Co-autor. ISBN: 978-84-16534-11-1. Depósito legal: MU 842-2015. Ed: Diego Marín (Murcia).
6. **MEDIDA DEL GRADO DE ANSIEDAD EN CONSULTA PREANESTÉSICA Y POSTQUIRÚRGICA EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGÍA TRAUMATOLÓGICA.** Co-autor. ISBN: 978-84-16534-10-4. Depósito legal: MU 839-2015. Ed: Diego Marín (Murcia).
7. **PSEUDOARTROSIS DE LESIONES FEMORALES TRATADAS CON FACTORES DE CRECIMIENTO PLAQUETARIO.** Co-autor. ISBN: 978-84-16376-76-6. Depósito legal: MU 765-2015. Ed: Diego Marín (Murcia).
8. **EL ENCLAVADO INTRAMEDULAR DE LAS FRACTURAS DIAFISARIAS DE FÉMUR.** ISBN: 978-84-16534-23-4. Depósito legal: MU 875-2015. Ed: Diego Marín.
9. **REPASO HISTÓRICO, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO ACTUAL Y COMPLICACIONES EN LAS FRACTURAS DE LA MUÑECA.** Co-autor. ISBN: 978-84-1687065-3. Depósito legal: MU 849-2016. Ed: Diego Marín.
10. **PATOLOGÍA QUIRÚRGICA DE LA MANO.** Co-autor. ISBN: 978-84-16870-33-2. Depósito legal: MU 780-2016. Ed: Diego Marín.
11. **PATOLOGÍA QUIRÚRGICA DEL CARPO.** Co-autor. ISBN: 978-84-16870-34-9. Depósito legal: Mu 781-2016. Ed: Diego Marín.

I.CAPÍTULOS DE LIBRO

1. ROTURAS MASIVAS DE MANGUITO ROTADOR Y COMPLICACIONES EN CIRUGIA DE HOMBRO. **CAPITULO 1: ANATOMIA APlicada DEL MANGUITO.** AUTOR PRINCIPAL. ISBN: 978-84-617-3744-4. 2014
2. ROTURAS MASIVAS DE MANGUITO ROTADOR Y COMPLICACIONES EN CIRUGIA DE HOMBRO. **CAPITULO 13: COMPLICACIONES ANESTÉSICAS EN CIRUGIA DE HOMBRO.** CO-AUTOR. ISBN: 978-84-617-3744-4. 2014
3. ROTURAS MASIVAS DE MANGUITO ROTADOR Y COMPLICACIONES EN CIRUGIA DE HOMBRO. **CAPITULO 14: COMPLICACIONES VASCULARES EN CIRUGIA DE HOMBRO.** PROTOCOLO ATLS. CO-AUTOR. ISBN: 978-84-617-3744-4. 2014
4. ROTURAS MASIVAS DE MANGUITO ROTADOR Y COMPLICACIONES EN CIRUGIA DE HOMBRO. **CAPITULO 18: EXPERIENCIA CLÍNICA CON EL USO DE PARCHES DE COLÁGENO EN ROTURAS MASIVAS DE MANGUITO ROTADOR. HEMIARTROPLASTIA TIPO CTA.** AUTOR PRINCIPAL. ISBN: 978-84-617-3744-4. 2014
5. II CURSO TEÓRICO-PRÁCTICO DE ANATOMIA Y CIRUGIA PIE Y TOBILLO 2008. **CAPITULO III: EXPLORACIÓN FÍSICA DEL PIE PLANO.** CO-AUTOR. DEPT LEGAL:MU-120-2008
6. FRACTURAS POR FRAGILIDAD ÓSEA DE HÚMERO PROXIMAL Y PELVIS. **CAPÍTULO 5: COMPLICACIONES TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EXTREMIDAD PROXIMAL DE HÚMERO: PRIMUM NON NOCERE?** AUTOR PRINCIPAL. ISBN:978-84-16625-00-0. 2015

J.MÁSTER:

- DIETÉTICA Y NUTRICIÓN HUMANA POR LA UNIVERSIDAD DE CÁDIZ. NÚMERO REGISTRO: 076690. 90 CRÉDITOS. TÍTULO PROPIO. 18-12-2014.

K.PREMIO

- MENCIÓN ESPECIAL EN EXAMEN FIN DE ESPECIALIDAD **MIR DE COT** REALIZADO EN VALENCIA DEL 29-30 SEPTIEMBRE DE 2008

II.PROYECTO CANDIDATURA A JEFATURA DE SERVICIO

La presentación de esta memoria tiene como objeto optar a la plaza de jefe de servicio. En este caso, la unidad de gestión clínica que desarrollamos corresponde al servicio de cirugía ortopédica y traumatología del Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor (Pozo Aledo-San Javier, Murcia).

Es un servicio de pequeño tamaño en un hospital de nivel medio con una especialización tecnológica en quirófanos de última generación. La crisis existente ha hecho desaparecer durante 4 años la actividad extraordinaria (“peonadas” de quirófano y consulta) disminuyendo la cantidad de población atendida y aumentando las demoras y listas de espera (menos de 6 meses oficialmente, superior a un año en realidad), disminuyendo con ello la accesibilidad al sistema y empeorando la calidad de la atención.

Los objetivos de nuestra jefatura serán:

1. Sacar el máximo rendimiento a la tecnología existente. Abrir los quirófanos cerrados, optimizar el tiempo de quirófano, volver a poner en marcha y sistematizar la actividad extraordinaria de quirófano y consultas e intentar llegar a una política de demoras inferior al mes en consulta y de 2 meses en quirófano.
2. Crear una unidad de élite en el tratamiento de patología compleja de hombro y codo, ante la ausencia de la misma en la región de Murcia en los tres próximos años. Con la incorporación de nuevos profesionales y el establecimiento de alianzas de trabajo con especialistas cercanos de otros hospitales así como con la ayuda de referentes a nivel nacional e internacional para ponerla en marcha.
3. Establecer un vínculo continuo con la universidad en aras a desarrollar proyectos de investigación clínicos y de ciencia básica experimental. Facilitar la toma de contacto de los estudiantes de la universidad con el servicio. Mostrar disponibilidad para formar parte del profesorado de dichos alumnos. Implicación con las prácticas de los mismos no solo de forma teórica sino práctica.
4. Establecer un servicio de calidad que sea referente regional y nacional, centrado por y para el paciente sin dejar de lado a los profesionales, generando incentivos que premien su labor asistencial y docente.

III. MISIÓN-VISIÓN-VALORES DE LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE COT DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DEL MAR MENOR:

La Misión será prestar asistencia sanitaria primaria y especializada de máxima calidad en cirugía ortopédica y traumatología para satisfacer las necesidades de salud en el apartado musculoesquelético de los ciudadanos del área VIII de salud de la región de Murcia con equidad, eficiencia y seguridad.

Para ello nos basaremos en un programa donde se potencia la docencia e investigación, bajo la premisa del respeto al medio ambiente, usando los recursos de forma sostenible, implicando a todos los componentes del servicio para ello y así conseguir una atención integral para el paciente.

La visión que queremos es ser reconocidos como el servicio de traumatología líder del servicio murciano de salud en la calidad de la prestación de los servicios para la satisfacción de las necesidades de salud de los ciudadanos, así como en su labor docente e investigadora.

Los valores que propugnamos son:

- Orientación al cliente, que es el foco de la actividad de todas y cada una de las personas que componemos la Organización: sus necesidades deben constituir el criterio prioritario de todas nuestras acciones.
- Profesionalidad, ética y formación continuada, que son la base para la consecución de eficacia y calidad en nuestras competencias profesionales.
- Liderazgo compartido, puesto que todos los componentes de la Organización somos responsables de los resultados alcanzados.
- Compromiso con la gestión excelente, cuyos principios son la base de la efectividad y calidad de la actuación de todos y cada uno de nosotros y por tanto, de nuestra Organización.
- Actitud innovadora, potenciando el trabajo en equipo y el intercambio de conocimientos.
- Deseo y búsqueda de la mejora continua, manteniendo siempre una actitud permeable y de crítica/autocrítica constructiva.

IV. MARCO GENERAL DE ACTUACIÓN Y CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA SANITARIO DONDE SE LOCALIZA LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA

Es un sistema de salud universal como en el resto del territorio nacional donde existe una equidad en cuanto a accesibilidad (99,9% cobertura poblacional), prestaciones (las del conjunto del estado) y disponibilidad (presenta unas adecuadas isócronas espacio-tiempo).

Está tratando de llevar a cabo el proceso de integración entre niveles asistenciales (primaria y especializada) con más dificultades de las previstas, siendo el mayor de dichas barreras la falta de una red común en web para poder visualizar toda la historia y pruebas complementarias del paciente, con lo que muchas veces hay que duplicar pruebas o recitar al paciente para que se traiga las que tiene realizadas.

España y por ende la Región de Murcia tiene un sistema sanitario completo pero no perfecto. Entre sus ventajas destaca la universalidad y equidad, así como la gran competencia de sus profesionales, formados en un sistema de formación MIR de alta exigencia. La red de hospitales y centros de salud ha aumentado considerablemente en los últimos años con objeto de satisfacer las demandas de la sociedad española (cada vez más población, más inmigración y más envejecida) dejando prácticamente ningún lugar del país sin cobertura sanitaria. Una de sus principales características es que la atención primaria es la puerta de acceso hacia la especializada, al menos en la teoría, porque en la práctica no llega a serlo tanto, por tanto en cuanto, muchos pacientes recurren directamente al sobreuso de la puerta de urgencias.

El hecho de ser gratuita (financiación pública), la hace extensible a todo el mundo, dando una cobertura de más del 99% en unas isócronas de tiempo aceptables, pero tiene una serie de problemas que son:

Masificación: Más del 75% de la población depende de dicho sistema, no estando los recursos humanos debidamente adaptados a la misma, pues pese a haber aumentado la población en España en 5 millones en los últimos años (15% de la población aproximadamente), el número de profesionales no ha aumentado en la misma proporción.

Saturación asistencial: Derivado de lo anterior, el profesional y la estructura sanitaria no puede absorber a todos los pacientes en un adecuado tiempo, por lo que las listas de espera de consultas y cirugía aumentan ostensiblemente, incluso por encima de lo recogido en los decretos de cada comunidad.

Descontento social: El paciente percibe que un servicio que es pagado “de su propio bolsillo” no repercute en una adecuada asistencia sanitaria (en términos de tiempo, sobre todo) y genera malestar, que con relativa frecuencia, repercute en una reclamación administrativa fundamentalmente.

Incapacidad de cuantificar ciertos gastos: Descontrol administrativo respecto al coste de los materiales fungibles y no fungibles, coste por hora de uso de quirófano o de consulta, lucro

cesante de actividades consideradas menos efectivas. Pese a existir unidades de gestión económica o administrativa dedicadas a ello, en la práctica son afuncionales.

Exceso de puestos directivos e intermedios: Con la descentralización de las administraciones públicas se han creado direcciones, subdirecciones y demás extensiones del órgano de gerencia, de modo que donde antes había una persona, hoy día existen tres (múltiple que se repite por cada uno de los apartados correspondientes), lo cual no solo hace más eficiente el sistema, sino que lo laстра. Además, dichos puestos intermedios, liberados de función asistencial, siguen contando como plantilla, de un servicio en el que ya no trabajan. Además, dichas personas, suelen ocupar cargos directivos para los que no están debidamente cualificados (cursos de formación, máster,...) con lo que su valor operativo es nulo.

Poca valoración del profesional médico: Al ser un servicio gratuito el paciente entiende al médico como un “operario a su cargo” y que “está ahí, porque yo lo pago”. Se pierde el respeto y se hace difícil tener una relación de respeto con el paciente. Cuando un paciente paga por acto, tiene tendencia a respetar más a su médico, porque él lo ha buscado.

No se valora a los profesionales mejor capacitados y/o mejor formados: La carrera profesional como tal, debería valorar no solo los años trabajados sino el currículum del médico (publicaciones, investigación, docencia...), ya que, si eso no se tiene en cuenta y todo vale lo mismo, la tendencia será a desmotivar a los profesionales más implicados ya que su trabajo extra y sus capacidades no se recompensan por la administración. Esto debería recompensarse a nivel curricular y a nivel económico. El final de ello es que el sistema se acaba resintiendo, pues todos vamos a la ley del mínimo esfuerzo.

Dependencia de la industria para la formación del profesional: La administración debe obligar a los profesionales a la formación continuada, con un mínimo de cursos al año (p.ej. 2 cursos, 1-2 talleres de prácticas y el congreso nacional/internacional de la especialidad de cada uno) y esto implica **aumentar la inversión, en este caso sería en I+D del profesional**. Esta inversión en formación, a la larga supondría ahorros del sistema porque nos haría absolutamente independientes de la industria. Esto vale para fármacos o prótesis. Aunque todos sabemos, que esto hoy día es muy difícil que ocurra.

Coordinación social y sanitaria: A través del servicio de atención al paciente, permite que aquellos pacientes con procesos crónicos o dependientes puedan ser derivados de la vía hospitalaria a cuidados medios sin paso previo por domicilio. El paciente y el profesional estrechan relaciones. El problema es la masificación del sistema y los días que los pacientes deben permanecer en hospital esperando tener cama.

Conciertos y derivaciones. El ahorro inicial derivado de menos costes en personal, material, etc acaba repercutiendo en las arcas públicas de forma indirecta por realización de procesos quirúrgicos deficientes, sin atención continuada, malas pruebas e informes diagnósticos, etc. Estos pacientes deberán volver al centro de origen para tratarse de su complicación o repetir proceso.

V. ANÁLISIS ESTRATÉGICO

V.3. DATOS DEMOGRÁFICOS¹⁻³:

El Área VIII de Salud (Mar Menor) es una de las 9 Áreas de Salud de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, tras la modificación del Mapa Sanitario en 2009 (figura 1). Los municipios que la componen se encuentran situados en el sureste de la Región de Murcia y comprenden Los Alcázares, San Javier, San Pedro del Pinatar y Torre Pacheco. Los municipios que componen el Área VIII de salud suman una superficie de 306,7 Km2 lo que supone el 2,8 por ciento de la superficie de la región (figura 2).

Figura 1.

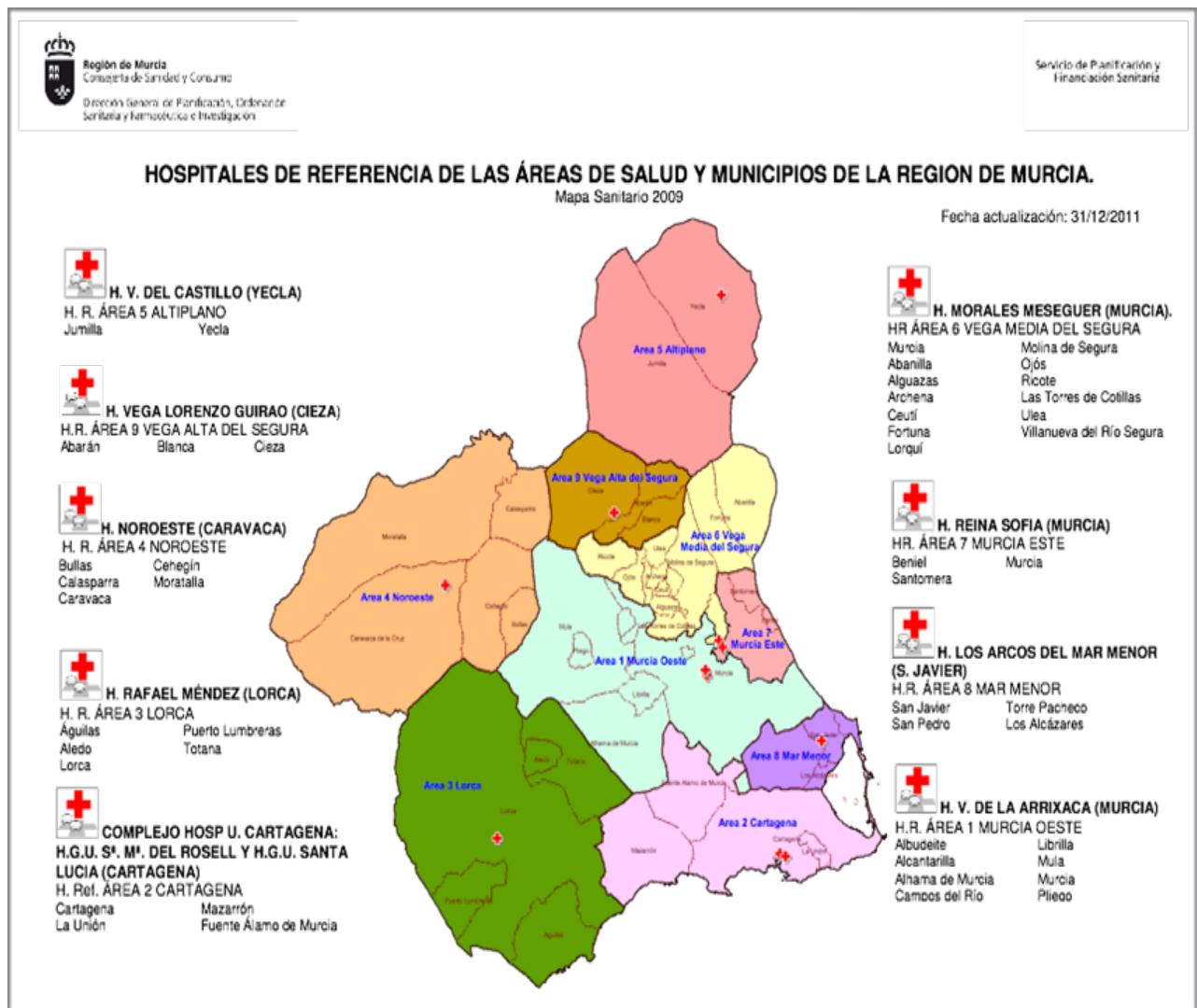


Figura 2.

Superficie según municipios, y distancia a la capital			
	Superficie por municipios en Km2	Distribución de la extensión municipal	Distancia a la capital por autovía
MURCIA (Región de)	11.313,9		
Alcázares (Los)	19,8	0,2	52
San Javier	75,1	0,7	44
San Pedro del Pinatar	22,4	0,2	51
Torre-Pacheco	189,4	1,7	41
Total Área VIII	306,7	2,8	47

Fecha de actualización: 07/05/2015.

Nota: Distancia a la capital por autovías según Mapa Oficial de Carreteras 2006.

- INE. Nomenclátor

- Instituto Geográfico Nacional

Las temperaturas medias de los municipios del Área corresponden a las del clima mediterráneo costero, con media anual (año 2014) entre 18 y 19 °C. Los tiempos de acceso en automóvil al Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor (Hospital del Área) muestran una accesibilidad óptima desde los distintos puntos asistenciales del Área. La isocrona media es de 12 minutos, siendo la máxima de 20 (Centro de Salud Torre Pacheco Oeste) y la mínima de 7 (Consultorios de Dolores de Pacheco, El Mirador y San Cayetano) (figura 3).

Figura 3.

Punto Asistencial	Tiempo en '
Centro de Salud Los Alcázares	12
Centro Salud San Javier	9
Centro Salud San Pedro del Pinatar	15
Centro Salud Torre Pacheco Este	18
Centro Salud Torre Pacheco Oeste	20
Consultorio Balsicas	11
Consultorio Lo Pagán	13
Consultorio Dolores de Pacheco	7
Consultorio El Jimenado	17
Consultorio El Mirador	7
Consultorio Los Narejos	9
Consultorio Roldán	16
Consultorio San Cayetano	7
Consultorio Santa Rosalía	12
Consultorio Santiago de la Ribera	9
Isocrona Media	12
Tiempo Máximo	20
Tiempo mínimo	7

El análisis de los datos demográficos del Área VIII de Salud, con el objetivo de valorar tanto la oferta de servicios sanitarios como la demanda de los mismos, se ve significativamente afectado por la presencia de numerosa población flotante, bien de tipo estacional al ser los municipios que la componen un destino turístico por excelencia, bien de población no permanente pero estable perteneciente a colectivos de extranjeros, inmigrantes o personas de otras comunidades que han fijado su residencia en este área o viven en ella largas temporadas.

Sobre el impacto de ambos no he encontrado datos que informen de la magnitud de dichos colectivos. El Área VIII de salud cuenta con una población de 105.965 habitantes (Padrón

municipal, fecha actualización 5 febrero 2015). La evolución desde 2009 muestra un crecimiento hasta el año 2012 para volver a decrecer en los dos últimos años. La densidad de población de los municipios del Área VIII es superior a la densidad de población de regional, siendo destacables la de San Pedro del Pinatar y la de Los Alcázares.

La curva de evolución poblacional del Área VIII sigue la tendencia de la Región de Murcia (figura 4 y 5):

Figura 4.

Evolución de la población según zonas básicas de salud, ÁREA VIII AMBOS SEXOS

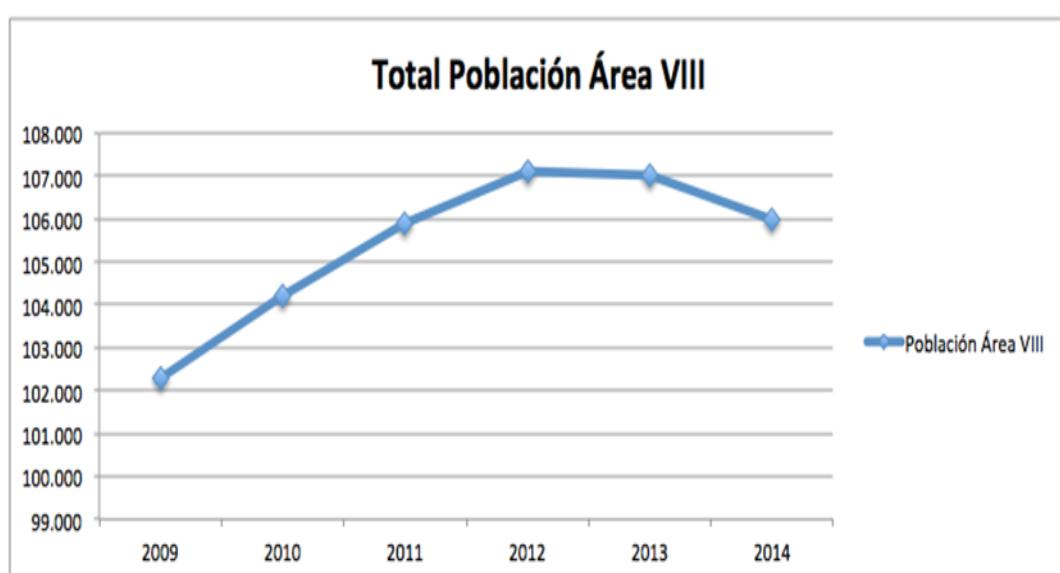
	2009	2010	2011	2012	2013	2014
TOTAL REGIÓN DE MURCIA	1.443.769	1.461.979	1.470.069	1.474.449	1.472.049	1.466.818
39 SAN JAVIER	28.660	28.983	29.475	29.780	29.896	29.595
40 SAN PEDRO DEL PINATAR	23.738	23.903	24.093	24.285	24.102	24.091
41 TORRE PACHECO/ESTE	16.871	17.358	17.793	18.032	17.812	18.137
43 LA MANGA San Javier	2.772	2.837	2.891	2.861	2.890	2.393
73 LOS ALCÁZARES	15.619	15.993	16.217	16.251	16.568	15.735
83 TORRE PACHECO/OESTE	14.624	15.113	15.425	15.879	15.763	16.014
TOTALES	102.284	104.187	105.894	107.088	107.031	105.965

Fecha de actualización: 05/02/2015.

Zonificación correspondiente al Mapa Sanitario de la Región de Murcia 2009.

- CREM. Padrón Municipal de Habitantes

Figura 5.



La pirámide poblacional sigue el patrón regional con forma trapezoidal, con modelo regresivo de pirámide, baja tasa de crecimiento total y población envejecida. Las pirámides poblacionales de los municipios del Área no muestran diferencias significativas entre ellas (figura 6).



Los datos disponibles de la estructura de la población de la Región de Murcia en cuanto a sus indicadores principales, se muestran en la tabla a continuación (figura 7):

Figura 7.

Indicadores de estructura demográfica - MURCIA (Región de)											
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
ESTRUCTURA POR EDAD											
Menores de 20 años	23,38	23,07	22,95	22,97	22,98	23,08	23,15	23,10	23,03	23,00	23,04
Entre 20 y 64 años	62,53	63,17	63,25	63,28	63,41	63,27	63,09	62,85	62,67	62,47	62,22
De 65 y más años	14,09	13,75	13,80	13,75	13,61	13,65	13,76	14,05	14,30	14,53	14,75
ÍNDICE DE VEJEZ											
De 65 y más años/menores de 20 años	60,28	59,60	60,11	59,86	59,19	59,13	59,46	60,83	62,08	63,17	64,01
ÍNDICE DE DEPENDENCIA											
Juvenil											
< de 20 años/Población entre 20 y 64 años	37,39	36,52	36,28	36,30	36,25	36,49	36,69	36,75	36,74	36,82	37,03
Anciana											
>= de 65 años/Población entre 20 y 64 años	22,54	21,77	21,81	21,73	21,46	21,58	21,82	22,36	22,81	23,26	23,70
Total											
< de 20 años + >= de 65 años/Población entre 20 y 64 años	59,92	58,29	58,09	58,03	57,70	58,06	58,51	59,11	59,55	60,09	60,73
MUJERES EN EDAD FÉRTIL											
Mujeres de 15 a 49 años/Total Mujeres	52,99	53,02	52,92	52,79	52,61	52,13	51,52	50,92	50,34	49,84	49,34
RAZÓN DE MASCULINIDAD											
Hombres/Mujeres	101,47	102,78	103,53	102,99	102,83	102,34	102,11	101,80	101,50	101,04	100,68

Fecha de actualización: 20/02/2015.

- CREM. Indicadores Demográficos

Como aspectos significativos se puede reseñar que el índice de vejez (o índice de envejecimiento) es inferior al regional, debido a un mayor porcentaje de población de menos de 14 años y a un menor porcentaje de población de edad comprendida en 65 y más años. En ambos casos el Índice de Sundbarg (que compara los grupos de edades de 0 - 15 años y los de más de 50 con el grupo base de 15 - 49 años) muestra una población de carácter regresivo como también se deduce de las pirámides poblacionales (área VIII y regional) siendo este carácter regresivo menor en el Área VIII.

De los índices de dependencia se infiere una elevada carga social para la población activa. En el caso del Área VIII indica que por cada 100 personas en edad de trabajar hay 49 en edades inactivas. En cuanto a los movimientos migratorios se aprecia un saldo negativo en los últimos años, siendo San Javier el municipio que más ha sufrido el decrecimiento de dicho saldo en los últimos 5-6 años. La tasa de natalidad de todos los municipios del Área es superior a la media regional y la de mortalidad inferior. Ello hace que la tasa de crecimiento vegetativo del Área VIII sea superior a la tasa promedio de la Región de Murcia. Respecto a las tasas de natalidad y mortalidad vienen reflejadas en la siguiente figura (figura 8). En cuanto a la mortalidad específica por edad y sexo, los datos disponibles en las series comparables y en el total muestran menores tasas por 100.000 habitantes en el Área VIII respecto de la regional, siendo la tasa bruta de mortalidad del Área de 5,45 por 1.000 habitantes y la regional 6,87 por mil habitantes.

Figura 8.

Tasas de nupcialidad, natalidad, mortalidad y crecimiento vegetativo según municipios.

Indicadores demográficos - 2013

MURCIA (Región de)	Tasa de nupcialidad (por 1.000 habitantes)	Tasa de natalidad (por 1.000 habitantes)	Tasa de mortalidad (por 1.000 habitantes)	Tasa de crecimiento vegetativo
MURCIA (Región de)	3,14	11,14	7,06	4,07
Alcázares (Los)	2,50	11,26	4,53	6,73
San Javier	2,64	11,48	6,07	5,41
San Pedro del Pinatar	2,66	11,24	6,37	4,88
Torre-Pacheco	2,80	14,49	5,27	9,22

Fecha de actualización: 27/04/2015.

Las tasas se obtienen por cociente entre la media de ese año y el anterior y la población a 1 de enero del año correspondiente.

- CREM. Indicadores Demográficos

El análisis de la mortalidad muestra que las causas más frecuentes globalmente son por orden decreciente las enfermedades del Aparato Circulatorio, las neoplasias, las enfermedades del aparato respiratorio, las enfermedades del sistema nervioso y las enfermedades del aparato Genito-urinario. En cuanto a la mortalidad por causas específicas, las más frecuentes por orden decreciente son neoplasias malignas, enfermedades isquémicas del corazón(infarto agudo de miocardio), enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad de Alzheimer y trastornos mentales orgánicos senil y pre-senil.

Otro análisis de interés son los años potenciales de vida perdidos (mortalidad prematura) utilizando un límite arbitrario e internacional como son los 70 años de vida. Así, para el área VIII las principales causas para ambos sexos son las enfermedades del sistema circulatorio, las enfermedades del aparato digestivo, las enfermedades del sistema respiratorio y las enfermedades del sistema nervioso (figura 9).

Figura 9.

**Años potenciales de vida perdidos según causas seleccionadas ambos sexos 2009
Salud**

MURCIA (Región de) - ÁREA VIII: MAR MENOR	APVP	% (APVP)	Media (APVP)
29 Neoplasias malignas (Incluye todos los cánceres, además de las neoplasias malignas antes reseñadas)	2.939,50	11,03	12,30
40 Enfermedades isquémicas del corazón (Contiene al infarto agudo de miocardio)	685,50	2,57	11,62
66 Accidentes de tráfico de vehículos a motor	559,00	2,10	34,94
71 Suicidio y lesiones autoinfligidas	512,50	1,92	26,97
16 Neoplasia maligna de la tráquea, de los bronquios y del pulmón	509,50	1,91	8,35
39 Infarto agudo de miocardio	473,00	1,77	12,45
52 Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	382,50	1,44	16,63
19 Neoplasia maligna de la mama	290,00	1,09	14,50
27 Leucemias	232,00	0,87	29,00
42 Enfermedades cerebrovasculares	221,50	0,83	17,04
72 Homicidios	208,00	0,78	34,67
14 Neoplasia maligna del páncreas	189,00	0,71	9,45
68 Ahogamiento, sumersión y sofocación	179,50	0,67	35,90
26 Linfomas no Hodgkin	176,50	0,66	19,61
6 SIDA	169,00	0,63	21,13
10 Neoplasia maligna del colon	168,50	0,63	12,96
24 Neoplasia maligna del encéfalo	165,50	0,62	9,74
41 Insuficiencia cardíaca	139,00	0,52	17,38
70 Envenenamiento accidental por psicofármacos y drogas de abuso	132,00	0,50	33,00
45 Neumonía	128,50	0,48	18,36
63 Paro cardíaco, muerte sin asistencia y otra causa desconocida	119,00	0,45	19,83
9 Neoplasia maligna del estómago	113,00	0,42	14,13
67 Calidas accidentales	108,50	0,41	21,70
44 Gripe	94,50	0,35	31,50
21 Neoplasia maligna del ovario	93,50	0,35	18,70
20 Neoplasias malignas del útero	92,00	0,35	23,00
4 Septicemia	86,50	0,32	17,30
18 Melanoma maligno de la piel	82,50	0,31	16,50
46 Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (excepto Asma)	81,50	0,31	11,64
11 Neoplasia maligna del recto, de la porción rectosigmoida y del ano	80,00	0,30	10,00
7 Neoplasia maligna del labio, de la cavidad bucal y de la faringe	72,00	0,27	12,00
38 Enfermedades hipertensivas	72,00	0,27	12,00
60 Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	66,50	0,25	66,50
12 Neoplasia maligna del hígado y vías biliares intrahepáticas	65,00	0,24	8,13
74 Complicaciones de la atención médica y quirúrgica	60,00	0,23	30,00
17 Neoplasia maligna del hueso y cartílagos articulares	52,50	0,20	52,50
61 Malformaciones congénitas del sistema nervioso	47,50	0,18	47,50
36 Enfermedad de Alzheimer	41,00	0,15	10,25
8 Neoplasia maligna del esófago	39,50	0,15	13,17
31 Diabetes mellitus	37,50	0,14	4,17
56 Enfermedades del riñón y del uréter	33,50	0,13	6,70
15 Neoplasia maligna de la laringe	28,00	0,11	7,00
25 Linfomas Hodgkin	27,00	0,10	13,50
32 Trastornos mentales orgánicos senil y presenil	24,00	0,09	12,00
23 Neoplasia maligna de la vejiga	21,00	0,08	10,50
37 Enfermedades cardíacas reumáticas crónicas	20,50	0,08	6,83
51 Enfermedad vascular intestinal	17,50	0,07	17,50
49 Úlcera de estómago, duodeno y yeyuno	15,50	0,06	15,50
28 Síndromes mielodisplásicos	13,00	0,05	6,50
22 Neoplasia maligna de la próstata	11,50	0,04	3,83
5 Hepatitis víricas	9,50	0,04	9,50
43 Arteriosclerosis	5,50	0,02	5,50
53 Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	3,50	0,01	3,50
30 Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	2,50	0,01	2,50
1 Enfermedades infecciosas intestinales	2,00	0,01	1,00
62 Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	0,50	0,00	0,50

Fecha de actualización: 24/06/2014.

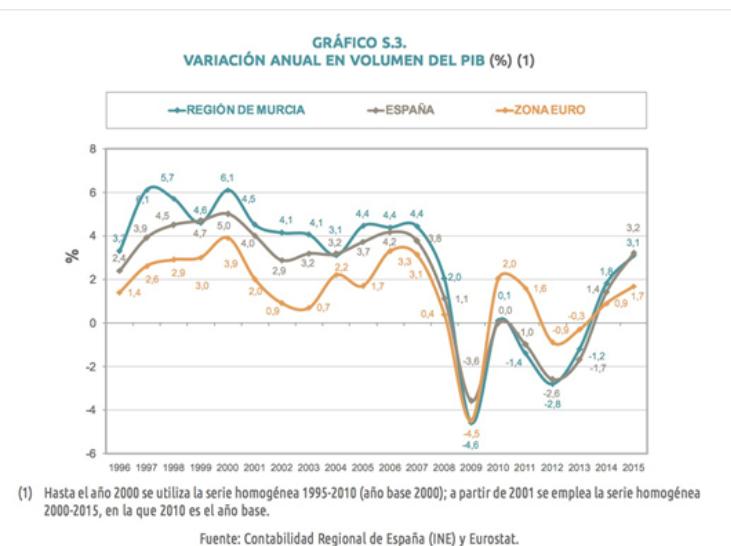
Causas

Los municipios del Área VIII han tenido y tienen su fuente de riqueza básicamente de los sectores turístico y agrario, siendo escasa o nula la presencia del sector industrial (salvo el relacionado con el sector agrario). En cuanto a datos significativos recogidos en la Memoria de la Región de Murcia 2015, del Consejo Económico y Social resaltar:

1. A nivel regional se produce una aceleración del crecimiento en 2015, consolidando un proceso expansivo iniciado en el tramo final de 2013.
2. El crecimiento es impulsado fundamentalmente por la demanda interna y, sobre todo, por la expansión del consumo privado animados por la persistente inflación negativa, los tipos de interés bajos y el crecimiento del empleo, así como el aumento del consumo público.
3. Incrementan sus indicadores la agricultura, la industria (sector manufacturero), la construcción y, sobre todo, el sector servicios.
4. La renta por habitante sigue estando en los puestos bajos de las comunidades autónomas españolas. Solamente Extremadura, Andalucía y Castilla La Mancha tienen menores rentas por habitante que la Región de Murcia.
5. El mercado de trabajo muestra una mejora del empleo en los dos últimos años, aunque también aumenta la población inactiva, sobre todo la femenina.
6. Se produce un descenso del número de emigrantes, que regresan a sus países, en los últimos años.

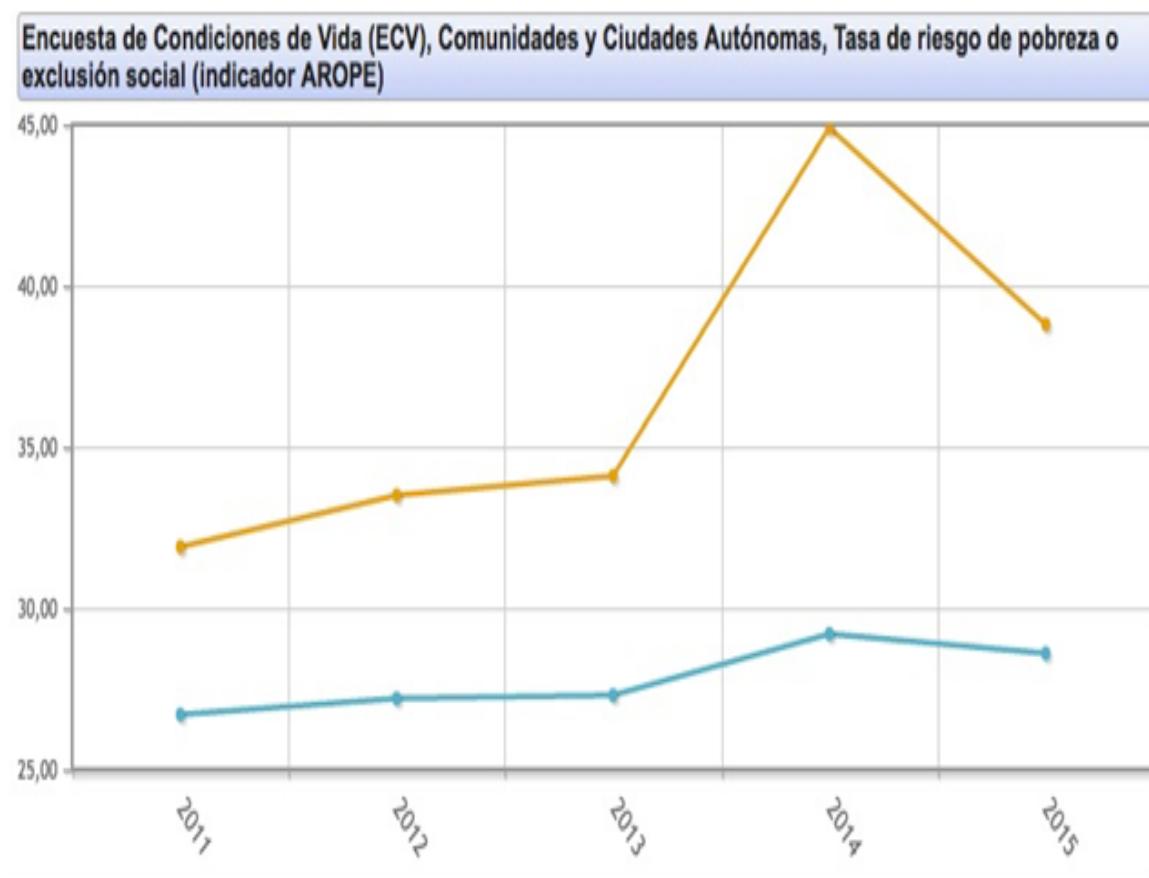
Los datos de PIB (a precios de mercado y su tasa de variación comparada con el nacional son los siguientes) y los datos de renta media media por hogar y persona muestran que la actual crisis económica se ha dejado sentir con mucha intensidad en la Región de Murcia, haciéndola caer y alejándola de los promedios nacionales (que también han sufrido una importante disminución) (Figura 10).

Figura 10.



Otro de los indicadores que tienen relevancia desde el punto de vista socioeconómico, y con su impacto en el sistema sanitario es la Tasa de Riesgo de Pobreza o Exclusión Social. Como así lo indica, entre otros trabajos, el informe PWC, 10 temas candentes de la sanidad 2014, con impacto en el cambio en el patrón de riesgo de la enfermedad, impacto en grupos sociales desfavorecidos con incremento en la morbilidad y mortalidad y cambios en la demanda de servicios. Los datos de los años 2011 - 2015 comparando la Región de Murcia con el Promedio nacional muestran una tasa más alta (figura 11). Solamente las comunidades autónomas de Andalucía y Ceuta tienen tasas superiores a la Región de Murcia

Figura 11.



Fuente: INE

En cuanto al porcentaje de personas con mucha dificultad para llegar a fin de mes, la Región de Murcia ocupa el tercer peor puesto en los datos de 2015, 2014 y 2013 y el tercer puesto en 2015 (empeora sobre 2014 y 2013) en las que llegan con dificultad a final de mes. De la encuesta de condiciones de vida, otro dato interesante es el del acceso a los cuidados sanitarios (tasa de personas que no han podido acceder a cuidados médicos por comunidades autónomas).

V.2. RECURSOS SANITARIOS

Se adjuntan datos de los recursos sanitarios instalados en toda la comunidad autónoma (figura 12 y 13).

Figura 12.

Atención Primaria. Balance de los recursos sanitarios adscritos al mapa sanitario según áreas

Recursos extrahospitalarios - 2015										
	TOTAL REGIÓN	Área I: MURCIA OESTE	Área II: CARTAGENA	Área III: LORCA	Área IV: NOROESTE	Área V: ALTIPLANO	Área VI: VEGA MEDIA DEL SEGURA	Área VII: MURCIA ESTE	Área VIII: MAR MENOR	Área IX: VEGA ALTA DEL SEGURA
Equipos de Atención Primaria	85	14	16	10	6	3	15	12	5	4
Bases 061	17	2	4	2	1	2	2	1	2	1
Centros de Salud	85	14	16	10	6	3	15	12	5	4
Centros de Salud Mental	15	4	1	2	1	2	2	2	0	1
Consultorios	182	33	44	28	21	3	23	17	10	11
PAC (Punto de Atención Continuada)	12	1	2	2	3	0	2	1	0	1
PEA (Punto de Especial Aislamiento)	9	2	1	3	3	0	0	0	0	0
Servicios de Urgencia	27	5	5	3	2	2	3	2	3	2
Zonas de Salud	90	15	17	11	6	3	17	12	5	4
Hospitales Públicos	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Fecha de actualización: 20/07/2016.

Mapa sanitario 2009 de la Región de Murcia, Orden de la Consejería de Sanidad y Consumo de 24/04/2009, BORM 7 de mayo de 2009, modificado por Orden de 14 de mayo de la Consejería de Sanidad y Política Social, BORM 26 de mayo de 2015.

Hospitales Públicos: El total regional incluye uno más correspondiente al Hospital Psiquiátrico Román Alberca que es de referencia Regional.

- Consejería de Sanidad. Dirección General de Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al Ciudadano

Figura 13.

Atención Especializada. Hospitales, camas instaladas, finalidad asistencial y dependencia funcional

	Número de camas	Finalidad asistencial	Dependencia funcional
Alcantarilla			
Clínica Médico-Quirúrgica San José, S. A.	142	Médico-Quirúrgico	Privado no Benéfico
Caravaca de la Cruz			
Hospital Comarcal del Noroeste de la Región de Murcia	105	General	Salud
Clínica Dr. Bernal, S.L.	39	Geriatría y/o larga estancia	Privado no Benéfico
Cartagena			
Complejo Hospitalario Universitario	651	General	Salud
Hospital General Universitario			
Santa María del Rosell	46	General	Servicio Murciano de Salud
Hospital General Universitario			
Santa Lucía	605	General	Servicio Murciano de Salud
Hospital de la Caridad - Los Pinos	164	Geriatría y/o larga estancia	Otro Privado-Benéfico
Hospital Ntra. Sra. Perpetuo			
Socorro S.A.	210	Médico-Quirúrgico	Privado no Benéfico
Hospital Ntra. Sra. Perpetuo			
Socorro II (Alameda)	109	Geriatría y/o larga estancia	Privado no Benéfico
Residencia Los Almendros	60	Geriatría y/o larga estancia	Privado no Benéfico
Cehegín			
Fundación Hospital de la Real Piedad	80	Geriatría y/o larga estancia	Otro Privado-Benéfico
Cieza			
Hospital de la Vega Lorenzo Guirao	142	Médico-Quirúrgico	Salud
Lorca			
Hospital Virgen de Alcazar	175	Geriatría y/o larga estancia	Privado no Benéfico
Hospital Rafael Méndez	287	General	Salud
Molina de Segura			
Hospital de Molina	100	Médico-Quirúrgico	Privado no Benéfico
Murcia			
Hospital General Universitario Reina Sofía	330	General	Salud
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca	901	General	Salud
Hospital Psiquiátrico Román Alberca	96	Psiquiátrico	Salud
Hospital Quirón	131	General	Privado no Benéfico
Clínica Nª Sra. de Belén	29	Médico-Quirúrgico	Privado no Benéfico
Hospital La Vega	131	General	Privado no Benéfico
Hospital Mesa del Castillo, S.L.	76	Médico-Quirúrgico	Privado no Benéfico
Sanatorio Dr. Muñoz, S.L.	50	Psiquiátrico	Privado no Benéfico
Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer	394	General	Salud
Hospital Ibermutuamur	30	Rehabilitación	MATEP
Clínica San Felipe del Mediterráneo	50	Psiquiátrico	Privado no Benéfico
San Javier			
Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor	171	General	Salud
San Pedro del Pinatar			
Residencia Villademar	99	Geriatría y/o larga estancia	Privado no Benéfico
Yecla			
Hospital Virgen del Castillo	98	General	Salud

Fecha de actualización: 14/04/2016.

Datos a 31 de diciembre. Consejería de Sanidad. Catálogo de Hospitales Región de Murcia

Los datos comparativos de los recursos sanitarios del área VIII de salud están reflejados en las siguientes tablas (figura 14 a 16).

Figura 14.

**RECURSOS INSTALADOS HOSPITALES PUBLICOS REGION MURCIA
año 2014**

	PÚBLICOS			
	Número	Tasa ²	Variación anual ³	ÁREA VIII
TIPO DE CENTRO				
Hospitales de agudos	9	6,1	-0,1	1
Hospitales de larga estancia	0	0,0	0,0	0
Hospitales psiquiátricos	1	0,7	-0,1	0
Total	10	6,8	-0,1	1
Concierto	0	0,0	0,0	
Acreditación Docente	10	6,8	-0,1	1
RECURSOS				
Camas instaladas (* 1.000 Hab.)	3.161	2,2	1,1	1,67
Equipos de TAC	17	11,6	-0,1	2
Equipos de resonancia magnética	9	6,1	-0,1	1
Gammacámara	2	1,4	-0,1	0
Sala de hemodinámica	5	3,4	-0,1	0
Angiografía por sustracción digital	9	6,1	-0,1	0
Litotricia por ondas de choque	0	0,0	0,0	0
Bomba de cobalto	0	0,0	0,0	0
Acelerador de partículas	5	3,4	-0,1	0
Equipos de SPECT	4	2,7	-0,1	0
Equipos de PET	2	1,4	-0,1	0
Mamógrafos	11	7,5	9,9	1
Densitómetros óseos	0	0,0	0,0	0
Equipos de hemodiálisis	107	73,1	2,8	0

¹ El Complejo Hospitalario Universitario de Cartagena se contabiliza como un solo hospital. En la actualidad está formado por 2 centros: Hospital Santa M^a del Rosell y Hospital Santa Lucía.

² La tasa en camas instaladas es por 1.000 habitantes, en el resto es por 1.000.000 habitantes. Población: Cifras de Población, INE.

³ Variación anual de la tasa.

Fuente: Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria.

Figura 15.

**NÚMERO CONSULTAS ATENCIÓN PRIMARIA SEGÚN ÁREA DE SALUD,
TIPO DE PROFESIONAL Y LUGAR DE ASISTENCIA
REGIÓN DE MURCIA 2014**

ACTIVIDAD ORDINARIA 2013	Centro de AP			Fuera de centro AP			TOTAL
	MEDICINA FAMILIA	PEDIATRÍA	ENFERMERÍA	MEDICINA FAMILIA	PEDIATRÍA	ENFERMERÍA	
Área 1 Murcia Oeste	1.265.358	229.334	687.340	7.702	36	67.495	2.257.265
Área 2 Cartagena	1.332.612	240.654	764.783	5.552	19	59.613	2.403.233
Área 3 Lorca	1.055.134	156.340	446.258	4.256	8	44.548	1.706.544
Área 4 Noroeste	418.061	54.671	207.173	5.944	39	33.560	719.448
Área 5 Altiplano	266.798	38.668	155.473	2.586	4	27.532	491.061
Área 6 Vega del Segura	1.100.872	196.804	621.030	5.000	5	61.578	1.985.289
Área 7 Murcia Este	930.798	174.114	519.360	4.472	2	42.168	1.670.914
Área 8 Mar Menor	553.443	104.340	341.222	2.623	46	16.014	1.017.688
Área 9 Vega Alta del Segura	311.395	47.142	134.969	981	0	26.961	521.448
MURCIA (Región de)	7.234.471	1.242.067	3.877.608	39.116	159	379.469	12.772.890
ESPAÑA	203.273.707	32.963.832	120.786.910	3.502.076	66.563	10.428.055	371.021.143

Fuente: Datos regionales del Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria de la Consejería de Sanidad.

Elaborado a partir de datos de la Subdirección General de Tecnologías de la Información del Servicio Murciano de Salud.

Datos nacionales del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Figura 16.

Flujo de pacientes entre Áreas de Salud, resumen. CMBD-AH, SMS, 2014.

Área de Salud	Atendidos en hospital (%)...			Atendidos en			Total (altas)	Case-Mix	Frecuentación (*1.000 hab)	Peso por 1.000 pers. protegidas
	de su Área	Otros SMS	Concertada	Hosp	Área	Otros SMS	Concertada			
I, Murcia Oeste	76,5	3,7	19,8	17.537	860	4.541	22.938	0,92	89,0	81,7
II, Cartagena	92,4	6,5	1,1	22.581	1.594	274	24.449	0,96	85,1	81,6
III, Lorca	71,0	15,0	14,1	10.859	2.295	2.151	15.305	0,95	88,6	83,8
IV, Noroeste	69,9	25,4	4,8	4.516	1.639	308	6.463	0,97	88,5	85,4
V, Altiplano	75,6	19,9	4,5	4.444	1.168	265	5.877	0,90	98,6	88,8
VI, Vega Media del Segura	57,4	29,8	12,8	12.540	6.518	2.793	21.851	0,94	83,9	79,0
VII, Murcia Este	56,8	33,6	9,6	10.290	6.081	1.739	18.110	1,00	91,6	91,3
VIII, Mar Menor	79,0	19,6	1,4	7.732	1.917	136	9.785	0,93	94,5	87,5
IX, Vega Alta del Segura	60,8	36,9	2,3	3.127	1.897	118	5.142	0,96	94,1	90,3
Total SMS Agudos	72,1	18,4	9,5	93.628	23.969	12.325	129.920	0,95	89,2	84,5
Razón de variación								1,11	1,18	1,16

Razón de variación: Mayor valor/menor valor. Frecuentación por 1.000 hab. (Padrón 2014 -CREM). Case mix en unidades de pesos AP-GRD v 27 (España, 2013). Fuente:

En 2014, el 72,1% de los episodios del CMBD-AH fueron asistidos en el hospital del SMS del área de salud de residencia del paciente, el 18,4% en un hospital del SMS de otra área de salud y el 9,5% en la concertada. Esta distribución permanece estable en todo el periodo estudiado. La carencia de asistencia materno-infantil en los hospitales de las áreas de la Vega Media, Murcia-Este y Vega Alta (que se atienden en el Hospital V Arrixaca, Área de Murcia-Oeste) enmascara los resultados. Las Gerencias de las Áreas de Salud de Murcia-Oeste (19,8%) y Lorca (14,1%) son las que recurren a la concertada con mayor frecuencia, aunque, conviene recordar que en el Área de la Vega Media (12,8%) está el Hospital de Molina con un concierto especial.

El 73,1% de los ingresos en los hospitales del SMS son urgentes (el 17,6% en la concertada, 1,6% si no se tiene en cuenta el Hospital de Molina), lo que da idea del margen de maniobra para organizar la asistencia. Los traslados de pacientes entre hospitales suponen un 3,1% del total (3,2% en el SMS) y no han sido descontados. El Case-Mix (peso medio de los AP-GRD de los pacientes) es bastante homogéneo entre las áreas de salud (11% de diferencia entre el área de salud con mayor/menor valor, indicador denominado razón de variación que se mantiene estable desde 2008).

La frecuentación hospitalaria regional presenta un aumento del 1,9% respecto del año anterior (3,8% de aumento desde 2008) y es homogénea entre áreas (razón de variación de 1,18). Para valorar la evolución de la frecuentación, hay que tener en cuenta que la disminución de la natalidad provoca que los episodios debidos al embarazo y parto hayan disminuido un 18,1% desde 2008 (alrededor de 3.500 altas). En 2014, el Área de Salud del Altiplano presenta la mayor frecuentación (98,6 altas por 1.000 habitantes) y Cartagena la menor (85,1). Desde el año 2008, los residentes en el Área del Mar Menor son los que más han aumentado la frecuentación (17,4 puntos) y los de Murcia-Oeste los que más la han disminuido (4,1 puntos).El peso por 1.000 personas protegidas resume los dos indicadores anteriores y proporciona una idea de lo que cuesta la asistencia hospitalaria con internamiento por cada 1.000 habitantes/asegurados. La diferencia entre el áreas de salud con mayor/menor indicador es de un 16% (Murcia-Este y Vega Media).

V.3. CARTERA DE SERVICIOS SERVICIO CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA HGU LOS ARCOS DEL MAR MENOR.

Separado por unidades, sería:

1.-PROCESOS GENÉRICOS (TRANSVERSALES)

1. Manejo de dolor en sistema osteomuscular
2. Manejo heridas de diversa complejidad (simples o periimplantes)
3. Diagnóstico y prevención tromboembolismo pulmonar.
4. Prevención embolia grasa y gaseosa
5. Síndrome de aplastamiento: Protocolo de asistencia en urgencias
6. Infección en aparato locomotor: Aproximación diagnóstica y terapéutica. Diagnóstico diferencial
7. Amputaciones traumáticas. Adecuación tipo a características del paciente
8. Atención al politraumatizado en urgencias. Protocolo de acogida y batería de pruebas diagnósticas
9. Interacción con servicio de rehabilitación en pacientes complejos, tras cirugía de rigidez y en postoperatorios habituales
10. Manejo básico anestésicos locorregionales. Adecuación técnica a lesiones menores. Cirugía menor ambulatoria
11. Protocolo básico de aplicación estadística de datos con objetivo docente
12. Manejo dismetrías, anisometrias y deformidades torsionales de miembro inferior. Hemiepifisiodesis, osteotomías, fijación externa.
13. Patología degenerativa. Empleo de infiltraciones de esteroides y anestésicos locales. Aplicación de células madre y plasma rico en plaquetas.

2.-UNIDAD DE CADERA:

1. Análisis de la marcha normal y patológica.
2. Displasia de cadera. Manejo conservador. Factores de riesgo. Osteotomía de cadera.
3. Secuela de displasia de cadera en adulto joven. Otras secuelas infantiles.
4. Cadera dolorosa del adulto: Tratamiento conservador y protésico
5. Necrosis de cadera. Profilaxis y prevención de la misma. Pacientes en riesgo.
6. Coxartrosis y patología degenerativa de la cadera: Prótesis totales de cadera cementadas y no cementadas. Prótesis resurfacing .Prótesis primarias no cementadas vástago corto
7. Cirugía de rescate de prótesis de cadera
8. Artroscopia de cadera. Cirugía cadera dolorosa del adulto joven(síndrome femoroacetabular)
9. Cirugía partes blandas de cadera.
10. Cirugía protésica de cadera asistida por navegador
11. Artrodesis de cadera en adulto joven con patología de cadera no reconstruible
12. Infección protésica y de material de osteosíntesis en cadera. Rescate en 1 o 2 tiempos. Integración con servicio de medicina interna (infecciosas)
13. Fracturas de cadera: Osteosíntesis cadera y fémur. Integración con servicio de cuidados medios al alta.
14. Fracturas de pelvis. Manejo global del paciente politraumatizado. Osteosíntesis y reconstrucción protésica. Integración terapia rehabilitadora.
15. Fracturas subtrocantéreas: Osteosíntesis y sustitución protésica.
16. Cirugía de las entesopatias y los síndromes canaliculares de la cadera

3.- UNIDAD DE RODILLA

1. Artroscopia de rodilla. Valoración diagnóstica y terapéutica. Meniscectomía. Regularización condral.
2. Lesión meniscal: Sutura meniscal Implante colágeno meniscal.
3. Condropatías.Mosaicoplastia. Aloinjerto. Osteotomías.
4. Ligamentoplastias del cruzado anterior y posterior
5. Cirugía de trastornos e inestabilidades capsulo ligamentosas
6. Cirugía de la articulación femoropatelar .Síndrome femoropatelar
7. Patología degenerativa de la rodilla: Prótesis totales de rodilla cementadas y no cementadas. Prótesis unicompartmentales de rodilla . Prótesis femoropatelares y de patela
8. Cirugía protésica asistida por navegador
9. Osteotomías de tibia y fémur para realineación de ejes
10. Artrodesis rodilla. Pérdida de aparto extensor.
11. Fracturas articulares de rodilla femoral y tibial: Reconstrucción
12. Fracturas diafiso-metáfisis de rodilla: Osteosíntesis
13. Amputaciones traumáticas pierna
14. Cirugía artritis séptica primaria. Manejo de urgencias. Integración con unidad de infecciosas de medicina interna.
15. Rescate protésico aséptico o aséptico. 1 o 2 tiempos.
16. Fracturas periprotésicas. Recambio y osteosíntesis.
17. Fracturas diafisarias de tibia-peroné. Osteosíntesis

4.-UNIDAD TOBILLO-PIE

1. Reparación tendinosa lesiones pie y tobillo
2. Patología degenerativa de tobillo: Artrodesis. Prótesis de tobillo
3. Patología condral tobillo: Artroscopia de tobillo. Mosaicoplastia.
4. Cirugía de inestabilidad tobillo
5. Cirugía del pie plano
6. Cirugía del pie cavo
7. Artrodesis subastragalina
8. Cirugía del Halluxvalgus y halluxrigidus
9. Cirugía del apoyo metatarsal (osteotomias 1 metatarsiano, osteotomia de Weils, osteotomía base metatarsianos
10. Cirugía percutanea del pie
11. Cirugía dedos menores y 5º metatarsiano (dedos en garra, metatarsalgias, quinto dedo varo)
12. Artroplastias metatarso falangicas
13. Cirugía antepié reumático
14. Cirugía del tendón de Aquiles
15. Cirugía de síndromes canaliculares y de atropamiento
16. Cirugía de entesopatias, luxación de tendones perineos
17. Osteosíntesis y fracturas antepié
18. Cirugía de las secuelas en antepié y retropié (triple atrodesis- panartrodesis)

5.- UNIDAD HOMBRO- BRAZO- CODO

1. Plexoplatia braquial. Manejo conservador. Protocolo de derivación a unidades específicas regionales.
2. Malformaciones de hombro y codo. Historia natural. Indicación temporal de cirugías. Derivación a unidades de referencia.
3. Hombro doloroso y síndrome subacromial. Artroscopia de hombro; Síndrome subacromial
4. Rotura de manguito rotador: Sutura artroscópica.
5. Patología intervalor rotador y porción larga bíceps. Tenotomía, tenodesis, plicatura artroscópica y abierta.
6. Atrapamiento nervio supraescapular: Liberación artroscópica
7. Fracturas glena. Manejo conservador. Abordaje doble. Judet
8. Inestabilidad de hombro. Reparación artroscópica . Latarjet.
9. Patología degenerativa de hombro. Prótesis de hombro total anatómica, parcial anatómica y artroplastia invertida. Resurfacing. Prótesis biológica.
10. Fracturas periprotésicas región hombro. Recambio y reconstrucción.
11. Artritis séptica de hombro. Infección protésica y de material de osteosíntesis. Drenaje urgente y protocolo de estudio en servicio de urgencias. Recambio en 1 o 2 tiempos. Manejo compartido con unidad de infecciosas (medicina interna).
12. Necrosis de extremidad proximal de húmero. Reconstrucción protésica. Artrodesis.
13. Fracturas de húmero y extremidad proximal de húmero. Osteosíntesis tradicional y MIPPO.
14. Fracturas en la región del codo. Osteosíntesis. Reconstrucción articular. Artrodesis. Manejo supracondileas en niños.
15. Fracturas de clavícula. Osteosíntesis
16. Pseudoartrosis de clavícula. Osteosíntesis con injerto autólogo de cresta
17. Luxación acromioclavicular. Reparación con sistemas coraco y acromioclaviculares. Asistencia artroscópica.
18. Patología degenerativa de codo y dolor inespecífico: Artroscopia de codo
19. Síndromes canaliculares en codo: nervio cubital e interóseo posterior (nervio radial). Liberación.
20. Entesopatías de codo(epicondilitis –epitrocleitis)
21. Fracturas-luxaciones de codo. Osteosíntesis. Reparaciónligamentaria primaria. Fijación externa.
22. Inestabilidad codo. Plastias de reconstrucción sistema ligamentario.

6.- UNIDAD MUÑECA Y MANO

1. Dolor de muñeca inespecífico y/o degenerativo.Reumatismos. Lesiones fibrocartílago. Artroscopia muñeca diagnóstico-terapéutica. Protocolo conjunto con servicio de rehabilitación.
2. Síndromes canaliculares; Retinaculotomias en muñeca de nervio mediano y cubital.
3. Fracturas cúbito-radio: Osteosíntesis
4. Fracturas de muñeca: Reconstrucción. Osteosíntesis
5. Lesiones tendinosas: Reparación primaria o secundaria. Artrolisis.
6. Defectos cutáneos: Injertos libres o vascularizados
7. Cirugía secuelas lesiones capsuloligamentosas , óseas y tendinosas
8. Inestabilidad radiocarpiana, mediocarpiana y carpomecarpianas.
9. Patología degenerativa mano y muñeca: Artrodesis muñeca y dedos.Artroplastia de resección. Prótesis trapecio metacarpianas. Carpectomía hilera proximal del carpo. Artrodesis 4 esquinas.

10. Cirugía de artrosis carpo y radiocarpianas; Artrodesis. Resección parcial carpo.
11. Enfermedad de Dupuytren. Fasciectomías selectivas. Aplicación de colagenasa. Amputación. Protocolo conjunto con rehabilitación.

7.- CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA

Definición: Aquella en la que se realizan procedimientos quirúrgicos de mediana complejidad que no exigen que el paciente ingrese con antelación a la operación, ni que tras la misma quede ingresado en el hospital. Es decir en la Cirugía Mayor Ambulatoria el paciente acude al hospital el mismo día de la intervención y tras ésta regresa a su domicilio.

Sus objetivos son:

- Máxima comodidad para el paciente pues no es necesario la estancia hospitalaria para el desarrollo de su acto quirúrgico, interfiriendo al mínimo con su vida diaria.
- Minimización de riesgos derivados del ingreso hospitalario como la infección nosocomial o la ansiedad asociada al ingreso.
- Ahorro económico al no requerir ingreso ni los gastos asociados con el mismo. La parte de "hostelería" se hace en el propio domicilio del paciente.
- Disminución morbilidad anestésica al fomentar la anestesia locorregional o de plexo por encima de la raquídea o general.

Dentro de este grupo se realizarían cirugías de todas las unidades anteriores, siendo las más importantes por su frecuencia: Artroscopia de rodilla simple por lesión meniscal o paliativa, síndromes canaliculares de miembro superior (túnel carpiano o cubital), bultomas benignos de manos (gangliones), cirugía simple de antepie (halluxvalgus sin osteotomías, buniectomías, dedos en martillo o en garra, cirugía radios menores..), extracción de material quirúrgico (como agujas o tornillos en región acra de miembros), etc.

8.-ACTIVIDAD DE CONSULTAS

Consultas diarias, equipadas convenientemente para poder realizar curas, retirar yesos, efectuar inmovilizaciones con escayolas, podoscopios, ordenadores, negatoscopios para radiología de columna.

Dentro de esta cartera de servicios no se incluyen los siguientes procesos:

1. Microcirugía y colgajos cutáneos complejos por la ausencia del servicio de cirugía plástica.
2. Cirugía vascular programada o urgente por ausencia de cirujanos vasculares en el hospital.
3. Transferencias musculares en región hombro por déficit de formación en dicha patología.
4. Patología tumoral musculoesquelética por existir un centro regional de referencia para ello.
5. Patología ortopédica infantil por debajo de 7 años por existir un centro regional de referencia para ello.
6. Cirugía de columna por no disponer de facultativos especializados en dicha patología.
7. Ecografía de alta resolución aplicada en consulta

VI. ANÁLISIS INTERNO DE LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA

VI.1. RECURSOS HUMANOS

SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE LOS ARCOS DEL MAR MENOR (MURCIA). AREA VIII.

ESTRUCTURA BÁSICA Y DISPOSICIÓN POR UNIDADES (10 facultativos, 5 unidades):

1 JEFE DE SERVICIO. UNIDAD DE CADERA Y PELVIS

1 JEFE DE SECCIÓN: UNIDAD DE CADERA Y PELVIS

F.E.A. (FACULTATIVO ESPECIALISTA DE ÁREA) NÚMERO 1: UNIDAD DE RODILLA

FEA NÚMERO 2: UNIDAD DE HOMBRO Y CODA

FEA NÚMERO 3: UNIDAD DE HOMBRO Y CODA

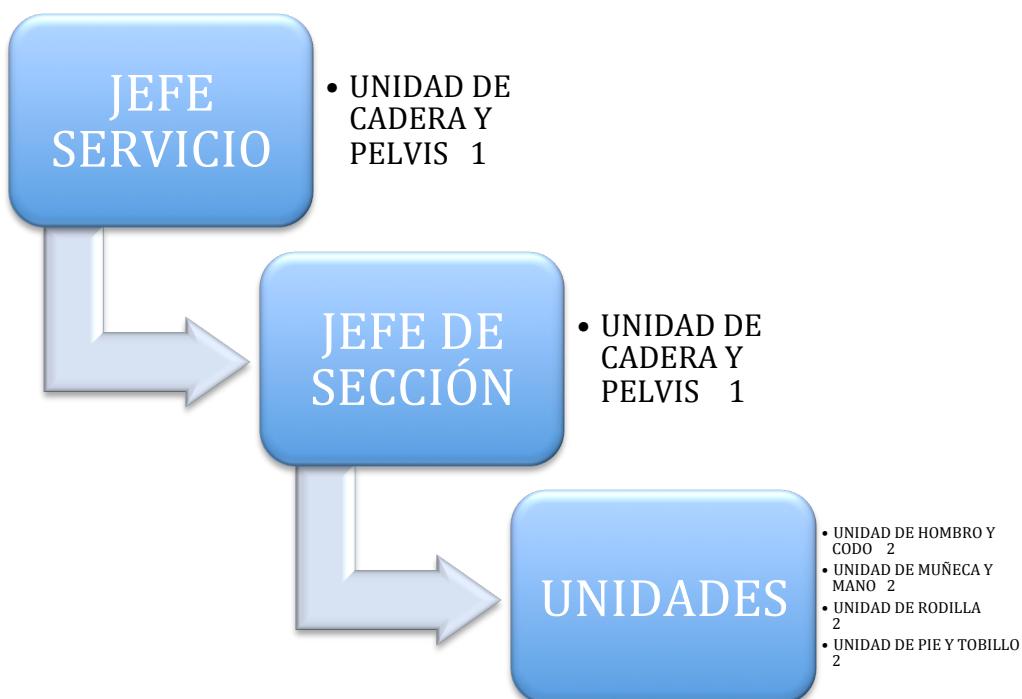
FEA NÚMERO 4: UNIDAD DE PIE Y TOBILLO

FEA NÚMERO 5: UNIDAD DE MANO Y MUÑECA

FEA NÚMERO 6: UNIDAD DE RODILLA

FEA NÚMERO 7: UNIDAD DE MANO Y MUÑECA

FEA NÚMERO 8: UNIDAD DE PIE Y TOBILLO



Los FEA están sujetos al TREBEP, Texto Refundido de la ley del Estatuto Básico del Empleado Público. BOE de 31 de Octubre de 2015, que viene a su vez del Estatuto Marco recogido inicialmente en la Ley 14/1986, de 25 Abril, General de Sanidad (art. 84.1).

La selección y provisión de las jefaturas de servicio y sección se basará en un concurso de méritos asociado a un proyecto técnico relacionado con la gestión de la unidad asistencial. Podrán optar a ello los facultativos que son estatutarios fijos, así como los funcionarios de carrera o laboral fijo, que presten servicios en hospitales de titularidad pública con programa acreditado para la docencia por la Comisión de la correspondiente especialidad.

Recursos materiales:

4 despachos de consultas

2 gabinetes de curas (1 cerrado)

1 sala de sesiones

1 despacho jefe servicio

1 despacho jefe sección

1 despacho secretaria

1 mostrador atención al paciente a consultas

2 quirófanos diarios + 1 quirófano cerrado

1 planta con 22 camas

2 escopias en quirófano (1 compartido con uro y/o uci)

1 ecógrafo en consultas compartido

1 supervisor de enfermería + 3 enfermeras por turno + 3 auxiliares por turno en planta

1 supervisor de quirófanos + 4 enfermeros por turno + 2 auxiliares por turno en quirófano

2 auxiliares en admisión + 1 enfermera en curas

VI.2 ANÁLISIS DE LOS DATOS DE FUNCIONAMIENTO GENERALES DE LA UNIDAD EN LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS (TABLAS 1 A 5, GRÁFICO 1)⁴:

HOSPITALIZACIÓN	2014	2015	2016
Nº CAMAS	30	30	30
INGRESOS TOTALES	1326	1393	1456
INGRESOS URGENTES	474	508	511
INGRESOS PROGRAMADOS	542	547	628
INGRESOS TRASLADO	49	56	49
INGRESOS INTERNOS	261	282	268
ALTAS	1304	1378	1439
% OCUPACIÓN	76,42%	75,6%	68,49%
ÍNDICE DE ROTACIÓN	44,2	46,4	48,5
INTERVALO DE SUSTITUCIÓN	1,26	1,46	1,85
CICLO MEDIO HOSPITALARIO	5,27	5,84	5,8
% MORTALIDAD SOBRE ALTAS	1,6%	1,07%	1,16%
FRECUENTACIÓN X 1000 HAB	13,2	13,9	14,5
ÍNDICE DE DEPENDENCIA HOSPITALARIA	84,4%	85,4%	83,3%
ESTANCIAS TOTALES	5320	6105	5754
ESTANCIA MEDIA	4,01	4,38	3,95

TABLA 1. ACTIVIDAD DE HOSPITALIZACIÓN

URGENCIAS	2014	2015	2016
INGRESOS POR URGENCIAS	474	508	511
CIRUGÍA DE URGENCIAS	124	141	132
PRESIÓN DE URGENCIAS	35,7%	36,4%	35,09%
PROMEDIO URGENCIAS ATENDIDAS	8,78	9,05	9,53

TABLA 2. ACTIVIDAD DE URGENCIAS.

CONSULTAS EXTERNAS	2014	2015	2016
TOTALES	11854	11164	10958
PRIMERAS	4016	3653	3561
SUCESIVAS	7838	7511	7397
INDICE SUCESIVAS/REVISIONES	1,95	2,05	2,07
TIEMPO DEMORA PRIMERA VISITA	98,46	107,8	103,7
Nº PACIENTES EN ESPERA PRIMERA VISITA	1491	1567	1639
% DE PACIENTES QUE NO ASISTEN A CONSULTAS	12%	13%	16%
FRECUENTACIÓN X 1.000 HAB	118,5	111,6	109,5

TABLA 3. CONSULTAS EXTERNAS

04. (TMP) Mes	ene-14	feb-14	mar-14	abr-14	may-14	jun-14	jul-14	ago-14	sep-14	oct-14	nov-14	dic-14
Primeras Realizadas en JO	477	389	392	300	353	338	231	170	451	370	291	254
Primeras Realizadas en JE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Primeras Realizadas Alta Resolución	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sucesivas Realizadas en JO	669	638	714	625	765	720	527	431	698	779	689	583
Sucesivas Realizadas en JE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Primeras Citadas proc. AP	1.047	805	838	630	939	912	637	330	903	1.044	894	703
Primeras Realizadas proc. AP	407	335	328	242	282	268	174	111	369	312	244	207

04. (TMP) Mes	ene-15	feb-15	mar-15	abr-15	may-15	jun-15	jul-15	ago-15	sep-15	oct-15	nov-15	dic-15
Primeras Realizadas en JO	330	290	344	248	342	342	194	184	426	407	270	276
Primeras Realizadas en JE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Primeras Realizadas Alta Resolución	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sucesivas Realizadas en JO	631	569	673	584	659	740	532	440	663	716	709	595
Sucesivas Realizadas en JE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Primeras Citadas proc. AP	683	644	739	657	869	910	543	450	1.142	1.026	778	672
Primeras Realizadas proc. AP	274	253	282	213	282	289	150	136	336	348	236	236

04. (TMP) Mes	ene-16	feb-16	mar-16	abr-16	may-16	jun-16	jul-16	ago-16	sep-16	oct-16
Primeras Realizadas en JO	259	360	298	385	380	383	226	209	423	313
Primeras Realizadas en JE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Primeras Realizadas Alta Resolución	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sucesivas Realizadas en JO	623	639	618	746	769	823	490	487	705	696
Sucesivas Realizadas en JE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Primeras Citadas proc. AP	590	845	722	1.016	1.077	1.129	383	435	975	1.094
Primeras Realizadas proc. AP	221	320	254	328	312	329	157	163	347	266

DESGLOSE POR AÑOS (DE 2014 A 2016). JO: Jornada extraordinaria; JE: Jornada extra; AP: Atención primaria

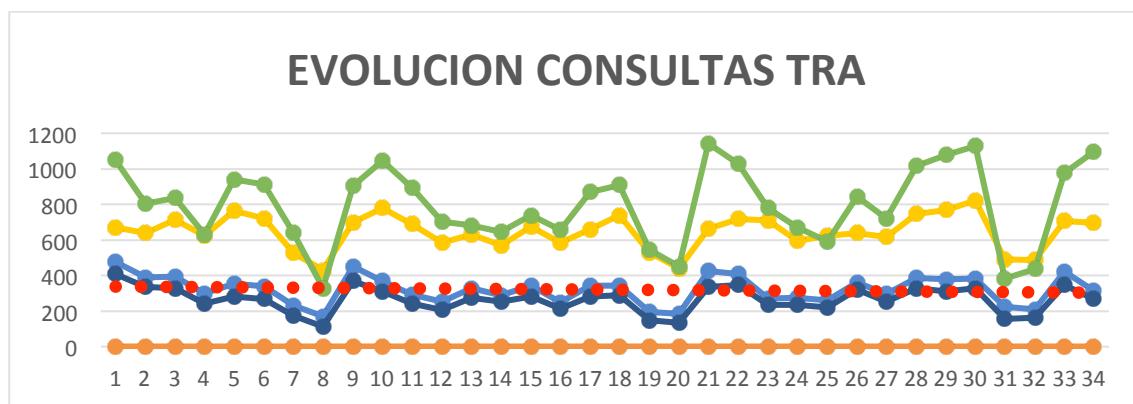


GRÁFICO 1.

QUIRÓFANO	2014	2015	2016
CIRUGÍAS TOTALES	979	1057	1100
CIRUGÍA URGENTE CON INGRESO	450	512	506
CIRUGÍA PROGRAMADA CON INGRESO	529	545	594
CMA	312	315	340
% AMBULATORIZACIÓN	33,9%	29,8%	30,9%
% SUSTITUCIÓN CMA	78%	80,9%	83,7%
% AHORRO POTENCIAL ESTANCIAS			
INDICE OCUPACIÓN QUIRÓFANO	76%	77%	78%
IMPACTO ESTANCIAS AHORRADAS			

TABLA 4. ACTIVIDAD DE QUIRÓFANO

GRD MÁS FRECUENTES (AÑO 2016)	TOTAL PACIENTES	EMH	EME
219	188	4,82	5,36
209	180	5,09	6,14
211	159	5,03	7,53
224	97	2,31	2,78
229	89	2,08	2,41
222	62	4,93	5,21
867	49	2,85	3,24
223	34	2,64	3,19

TABLA 5. GRD MÁS FRECUENTES AÑO 2016.

DESCRIPCIÓN GRD MÁS FRECUENTES⁵:

- **GRD 219. Procedimiento extremidad inferior y húmero excepto cadera, pie y Peso: 1,3611 fémur. Edad mayor de 17 años sin CC**

Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes mayores de 17 años ingresados por una enfermedad o traumatismo musculoesquelético a los que se les ha practicado una intervención sobre húmero, tibia y peroné. Las más frecuentes son: reducción o fijación de fractura de dichos huesos, osteotomía o triple artrodesis.

- **GRD 209. Sustitución de articulación mayor excepto cadera y reimplantación de Peso: 3,2793 miembro inferior excepto por complicaciones**

Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad o traumatismo musculoesquelético a los que se ha implantado una prótesis de rodilla o tobillo o reimplantación de miembro inferior.

En este GRD no se clasifican los pacientes:

a/ que ingresan por una enfermedad o traumatismo musculoesquelético a los que se ha implantado una prótesis de cadera.

b/ que ingresan por una artritis séptica de cadera, rodilla o tobillo, fractura patológica de fémur o tibia o complicación de una prótesis articular previamente implantada pues se agrupan en el GRD 789.

c/ a los que se les ha implantado una prótesis bilateral o múltiple de cadera, rodilla o tobillo pues se agrupan en el GRD 471.

➤ **GRD 211. Procedimientos de cadera y fémur excepto articulación mayor. Edad Peso: 2,1750 mayor de 17 años sin CC**

Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes mayores de 17 años ingresados por una enfermedad o traumatismo musculoesquelético a los que se les ha practicado una intervención sobre cadera o fémur excepto una intervención articular mayor. La más frecuente es la reducción abierta o cerrada de fractura de fémur con fijador interno.

➤ **GRD 224. Procedimientos hombro, codo o antebrazo excepto procedimiento Peso: 0,9304 mayor articular sin CC**

Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad o traumatismo musculoesquelético a los que se les ha practicado una intervención de hombro, codo o antebrazo excepto un procedimiento mayor articular. Las más frecuentes son: reducción abierta o cerrada con fijador interno de fractura de cúbito o radio, reparación de luxación recidivante de hombro u ostectomía parcial de cúbito o radio.

➤ **GRD 229. Procedimiento sobre mano o muñeca excepto procedimientos Peso: 0,8803 mayores articulares sin CC**

Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad o traumatismo musculoesquelético a los que se les ha practicado una intervención sobre mano o muñeca excepto intervenciones articulares mayores. Las más frecuentes son: fasciectomía de la mano, excisión de ganglion, reparación de dedo en resorte, sutura de tendón, excisión de tendón, reducción de fractura con fijación interna, excisión de lesión de tejido blando o injerto óseo.

➤ **GRD 222. Procedimientos sobre rodilla sin CC Peso: 1,1386**

Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad o traumatismo musculoesquelético a los que se les ha practicado una intervención de rodilla (excepto implantación de prótesis) como: meniscectomía, reparación de ligamentos cruzados, patelectomía, sinovectomía o artrodesis de rodilla. Algunas de estas intervenciones pueden haber sido realizadas por víaartroscópica.

➤ **GRD 867. Escisión local y extracción de dispositivo de fijación interna excepto Peso: 1,1537 cadera y fémur, sin CC**

Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad o traumatismo musculoesquelético a los que se les ha practicado una intervención de tibia, peroné, cúbito, radio o húmero como: excisión local de lesiónósea, extracción de dispositivo de fijación interna o extracción de hueso para injerto.

➤ **GRD 223. Procedimientos mayores hombro/codo u otros procedimientos Peso: 0,9984 extremidad superior con CC**

Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad o traumatismo musculoesquelético a los que se les ha practicado una intervención mayor de hombro o codo u otras de extremidad superior. Las más frecuentes son: artroplastia de hombro o codo, reducción abierta o cerrada con fijador interno de fractura de cúbito o radio y reparación del manguito de los rotadores. Además, estos pacientes tienen otro diagnóstico etiquetado de complicación o comorbilidad como enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

VI.3. MATRIZ DAFO

Debilidades:

Aspectos que limitan o reducen la capacidad de desarrollo efectivo de la estrategia, constituyen un obstáculo para crecimiento y deben ser controladas y superadas.

1. Ausencia de un cirujano localizado, lo que no permite operar mucha patología urgente de guardia como las fracturas de cadera. Otras fracturas como las de tobillo, olecranon, etc. cuando no se operan de urgencias, por la edematización, hay que demorarlas al menos 7-10 días, lo que provoca aumento de gastos en estancias medias así como en número de complicaciones.
2. Pase de planta con 1 solo facultativo. Sobre todo en determinadas épocas del año con casi 30 pacientes ingresados resulta en un pase de planta lento, difícil y poco ágil para un solo facultativo. Se aumentan las posibilidades de error médico.
3. No existencia de consulta ambulatoria de cribaje lo que hace que sean vistos en consultas patología banal, sin indicación quirúrgica y que podría haberse seleccionado previamente.
4. Ausencia de unidad de columna. El 20% de la patología en consultas de trauma responde al esqueleto axial, siendo por tanto un porcentaje de población que no podemos asumir cuando la indicación es operatoria. Esto provoca que nuestro labor con ellos sea más administrativa que médica en ocasiones, pues cuando no hay tratamiento médico que asociar porque la patología es quirúrgica, el paciente es derivado al hospital de referencia con un nuevo tiempo de demora.
5. 1 quirófano no utilizado, estando habilitado y apto para funcionar con el desperdicio de recursos que significa.
6. Ausencia de servicio de cirugía plástica y vascular en propio hospital. Esto implica que ciertos pacientes con patología conjunta de ambos servicios, haya de ser derivado a hospitales con dichas especialidades o a través de interconsultas, hoy día, muy lentas en su resolución, con la problemática de demora que eso significa para el paciente.
7. Cirugía programada por jefe de servicio: El jefe de servicio no sabe en muchas ocasiones que tipo de cirugía es la que realmente se va a realizar pues bajo un mismo epígrafe o GRD (pej, halluxvalgus y corrección mediante osteotomías) hay cirugías de 30 minutos y otras de 120 minutos, no ajustándose la programación a la realidad lo que obliga a suspender cirugías en ocasiones.
8. Peonadas quirúrgicas no sistematizadas. Se van otorgando según la presión mediática por acúmulo en lista de espera.
9. Unidad de rodilla con bajo nivel de complejidad lo que dificulta realización de todos los procesos quirúrgicos incluida en cartera de servicios.
10. Ausencia de colaboración universitaria respecto a uso de sala de disección para poder realizar prácticas y estudios en cadáver.
11. Mal manejo de pacientes pluripatológicos en planta por parte del traumatólogo de guardia. Complicaciones evitables en su estancia, aumento de estancia media de causa no quirúrgica.
12. Escasa relación con servicio de rehabilitación y fisioterapia. Mal manejo de pacientes complicados o con necesidades especiales, lo que desemboca en complicaciones.

13. Ausencia de una administrativ@ que permita la realización protocolizada de las altas, informes y tareas administrativas así como de atención al paciente. Se generan duplicidades, informes contradictorios , ausencia de sistemática en los mismos y que no cumplen los plazos previstos.
14. Ausencia de fluoroscopio para poder realizar cirugía de pie y mano de forma más precisa y con menor irradiación
15. RMN del servicio de radiodiagnóstico infroutilizado.
16. Ausencia de un protocolo conjunto con servicio de radiodiagnóstico.
17. Suspensiones quirúrgicas por no establecimiento de un protocolo conjunto con servicio de anestesia para retirada de antiagregación y/o anticoagulación.
18. Ausencia de página web y/o blog que permita mostrar nuestras virtudes e interrelacionar con nuestros pacientes.

Fortalezas:

Son capacidades, recursos, posiciones alcanzadas y ventajas competitivas que deben y pueden servir para explotar oportunidades.

1. Presentación de guardia diaria. Se presentan los ingresos, las altas, las interconsultas y las incidencias de la guardia en sí.
2. Sesión clínica semanal: Sobre un tema de interés y desarrollado por los responsables de las unidades específicas, de forma rotatoria.
3. Programación de actividad con 6 meses de antelación. Esto permite organizarse y programarse los cursos de formación y congresos con tiempo suficiente para que afecte en la menor medida a la actividad diaria.
4. Publicación de impacto en revistas a través del trabajo específico en revistas así como comunicaciones orales y pósters en congresos de la especialidad.
5. Libertad de trabajo: Cada miembro de la unidad tiene libertad para desarrollar técnicas que considere está preparado y permitan dar salida a patología de sus pacientes. También para contar con cirujanos de referencia para aprendizaje de técnicas.
6. Tecnología: Disposición de quirófanos de última generación (inteligentes), amplios y dotados para todo tipo de cirugías. Sistemas de mesa de quirófano polifuncional adaptada a todo tipo de cirugía traumatológica. TAC multidetector. RMN de última generación aplicable a todas especialidades y aparatos.
7. Docencia postgrado: Formación de médicos de familia y de urgencias en rotación durante una quincena. Puesta en contacto con la unidad, manejo básico del paciente politraumatizado y de la patología ortopédica más común.

Amenazas:

1. Hospitales de mayor volumen con unidades de referencia en patología tumoral así como unidades de columna: Los pacientes con tumores así como con patología axial que no responden a tratamiento conservador han de ser derivados a dichos hospitales para su manejo.
2. Hospitales con cirugía plástica y cirugía vascular. Son servicios ubicados físicamente en otro hospital y que niegan la posibilidad de desplazamiento así como la colaboración que no sea en su propio hospital. Solo se puede acceder a ellos vía interconsulta, con la demora que ello llevan en muchas ocasiones, incluso en patología urgente.
3. Centros privados que asumen listas de esperas avalados teóricamente por su menor coste en las intervenciones.
4. Marketing de hospitales privados en red (página web, blogs y foros) que permiten su llegada a mayor número potenciales de clientes.

Oportunidades:

1. Crear unidad de referencia para tratamiento cirugía compleja de hombro y codo (multidisciplinar): Sería necesario incorporar un adjunto y formarlo en patología microquirúrgica así como establecer colaboraciones con hospitales de referencia para poder contar con los servicios de cirujano plástico y/o vascular cuando fuera preciso para el tratamiento de determinadas patologías. Establecer rotatorios de formación con los mejores especialistas nacionales e internacionales antes de iniciar. Publicitarlo y aumentar el poder de atracción de la unidad y servicio.
2. Usar el quirófano que está libre para tener un quirófano más al día para realizar cirugía CMA: Cirugía artroscópica sencilla, halluxvalgus simples, extracciones de material sencillas, patología de partes blandas,... Con este quirófano se podrían absorber unos 200-250 pacientes de lista de espera.
3. Crear una unidad de columna con al menos 2 componentes y que tengan su propia consulta diaria y sus quirófanos semanales. Se daría un periodo de 6 meses para formación (nacional o internacional) antes de comenzar el trabajo como tal. Esto permitiría ampliar la cartera de servicios y dar un servicio de calidad más completo al paciente de la zona.
4. Especializar a un adjunto formado específicamente en rodilla que permita completar la cartera de servicios de dicha unidad.
5. Desarrollo de guías clínicas basadas en la evidencia en los procesos más frecuentes tratados en nuestra unidad: Síndrome subacromial y patología manguito rotador, patología degenerativa de cadera y rodilla y síndrome insuficiencia primer radio.
6. Tener un cirujano localizado (además del de presencia física): Así se ampliaría la oferta de cirugías realizadas de urgencia incluyendo las fracturas de cadera, donde está demostrado que la intervención en 24-48h disminuye la morbilidad. Esto disminuiría la suspensión de pacientes programados a favor de los quirúrgicos. Además, el operar de urgencias haría que disminuyeran las estancias medias. Todo ello compensaría el esfuerzo económico de pagar un cirujano localizado.

7. Sistematizar los estudios clínicos de investigación. Obligar a cada unidad a desarrollar un trabajo de investigación clínica anual, independientemente de que luego pueda o no publicarse, sea en castellano o en inglés.
8. Obligar a asistir al menos a 2 cursos de la especialidad y un congreso al año. A su vez obligar a que a los cursos se vaya con al menos una comunicación oral por adjunto. Facilitar la salida en caso de que los facultativos sean reclamados para acudir como ponentes o monitores en cursos de la especialidad, pues ello agrandaría la imagen del servicio y se podría utilizar como fuente de atracción.
9. Solicitar ampliar plantilla en 3 componentes para poder dar respuesta al quirófano de más, al pase de planta con un adjunto más y a la unidad de columna y rodilla.
10. Fomentar colaboración con universidad y sala de disección para facilitar la realización de cursos así como prácticas en técnicas nuevas en cadáver.
11. Asignar un internista o geriatra para el manejo conjunto de la planta de traumatología, sobre todo en pacientes pluripatológicos con objeto de mejorar su manejo. El objetivo sería la valoración geriátrica integral (médica, funcional, mental, social), la prevención, detección y tratamiento de complicaciones así como la problemática social. Establecer un plan de cuidados y seguimiento y la derivación a niveles asistenciales (hospital de cuidados medios, residencia..) para continuar el proceso de rehabilitación en caso de necesidad.
12. Crear una unidad de alta resolución con atención primaria: A través de un protocolo y de algoritmos diagnósticos cribar los pacientes que sean vistos en consultas hospitalarias. En dicha consulta se pautaría tratamiento conservador para aquellas patologías que así lo precisen, se derivaría a rehabilitación la patología de columna no candidata a cirugía de forma inicial y se prescribirían las pruebas necesarias para acudir con el estudio completo al hospital. Esto permitiría optimizar el manejo de los pacientes en la consulta especializada y reduciría las listas de esperas de primeras visitas, agilizando la agenda de revisiones porque evitamos al paciente tener que repetir visitas para un mismo problema.
13. Realización de sesiones clínicas mensuales en común con servicio de rehabilitación y fisioterapeutas. Establecer diálogos de cooperación , dudas y preguntas. Discernir que tipo de protocolos son los más idóneos en base a la MBE (Medicina basada en la evidencia) para cada tipo de patología.
14. Solicitar una administrativ@ que permita sistematizar los procesos de alta e información del servicio para el ciudadano. Tramitar temas administrativos (vacaciones, congresos, días libres,...) para que los facultativos del servicio se dediquen a temas exclusivamente asistenciales.
15. Establecer un protocolo conjunto con servicio de anestesiología para el manejo de la antiagregación/anticoagulación preoperatoria.
16. Invertir en un fluoroscopio que permitiera aumentar la precisión quirúrgica en cirugías acras disminuyendo el riesgo de irradiación.
17. Invertir en tecnología microquirúrgica para poder aplicarla cuando fuera preciso.
18. Optimizar procesos quirúrgicos: Intentar mejorar el tiempo invertido en procesos habituales y seleccionar cirujanos y unidades en función de sus capacidades para conseguir los máximos resultados. Apurar tiempo de ocupación de quirófano desde un punto de vista realista, no ficticio. Que cada unidad se programe sus cirugías siendo

- coherente con este punto vista, quedando jefe de servicio como supervisor de resultados y ajustando en caso de que no se cumplan los mínimos.
19. Emplear la prensa y las publicaciones científicas para publicitar las bondades de nuestro servicio a nuestro entorno más cercano. Sobrepasar fronteras de zona de salud y aumentar el poder de atracción global del servicio. Amparar nuestros resultados en la bibliografía.
 20. Empleo de página web del servicio que permita interactuar con los pacientes actuales y potenciales. Transparencia y versatilidad. Actualización periódica de conocimientos. Publicación de resultados. Benchmarking.

El análisis de nuestros datos indica, en resumen, que realizamos cirugía de alta cualificación salvo columna por ausencia de especialistas formados en ello. Los resultados globales son buenos con elevados índices de satisfacción en nuestros pacientes. El hecho de no poder operar fracturas de cadera de urgencias (24-48h) al no disponer de cirujano localizado, la ausencia de jornada extra de tarde tanto de quirófano como de consulta y un rendimiento de quirófano límite hacen que nuestras listas de espera sobrepasen con creces lo estipulado en real decreto. Esto indica que con la incorporación de algunos especialistas (3) , la sistematización de la jornada de tarde (peonadas), optimizando el tiempo de quirófano, la creación de una consulta conjunta con AP de alta resolución y la creación de una unidad de referencia en patología de hombro y codo podríamos mejorar claramente nuestros resultados y ser líderes en nuestro sector, pese al tamaño de nuestro hospital.

VII. PLAN DE ACTUACIÓN DE LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA

VII.1. OBJETIVOS ASISTENCIALES, FINANCIEROS Y DE SOSTENIBILIDAD

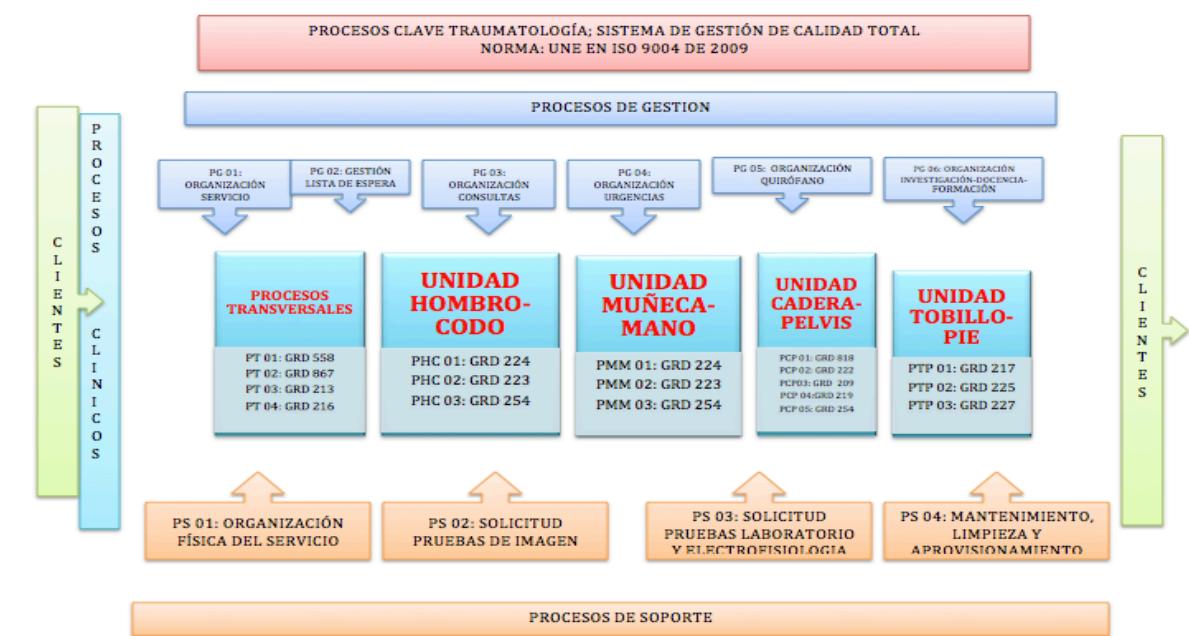
Objetivos asistenciales⁶⁻¹¹:

1. Ser hospital de referencia regional en patología de hombro y codo, ser lugar hacia donde se derivan las cirugías complejas de dicha articulación:
 - Ser centro de referencia de patología acromioclavicular
 - Ser centro de referencia de transferencias musculares.
 - Ser centro de referencia en microcirugía del plexo braquial.
 - Ser centro de referencia en tumores de la región del hombro.
 - Ser centro de referencia en cirugías complejas de hombro (protésicas, traumáticas)
2. Aumentar la visibilidad del servicio en sí y del Hospital tanto a nivel regional como nacional e internacional en base a esta política de calidad.
3. Establecer unas guías consensuadas de derivación de pacientes.
4. Mejorar la práctica asistencial: Actuar según la medicina basada en la evidencia siempre que sea posible. Disminuir la variabilidad de la práctica médica. Usar las guías de práctica clínica más aceptadas (GuiaSalud, NiCE,...).
5. Mejorar la relación atención primaria y especializada, permitiendo la continuidad asistencial entre ambos niveles de atención
6. Mejorar la organización en el trabajo y fomentar la implicación de los profesionales sanitarios en la gestión de centros.
7. Aumentar la satisfacción del paciente con la atención recibida. Trato personal, individualizado y centrado en el mismo. Deliberación en consulta abierta para decidir mejor opción terapéutica a su problema. Mejora listas de espera. Responder sugerencias y aclarar dudas.
8. Disminución lista espera quirúrgica. Selección más precisa de indicaciones en base a la medicina basada en la evidencia. Evitar cirugía compasiva. Aumentar el porcentaje de ocupación de quirófano.
9. Disminución lista espera de consultas. Desarrollar consultas de primeras visitas a modo de screening para derivación a las unidades específicas. Aumentar el número de primeras visitas en dichas consultas de tipo ambulatorio y descargar las de las unidades en sí.
10. Elaboración de protocolos clínicos. Que nos permitan optimizar los resultados, sobre todo en aquellos procesos quirúrgicos más frecuentes. En el caso de traumatología, podrían ser las artroplastias de cadera, rodilla y hombro, así como las fracturas de cadera, húmero, muñeca y vertebrales. Igualmente el manejo del pie diabético en conjunción con servicio de medicina interna (endocrino) y cirugía general.
11. Fomentar las vías clínicas. Continuar el desarrollo de las ya existentes (vía clínica halluxvalgus) y comenzar a desarrollar al menos una vía nueva cada año en relación a los procesos más frecuentes.

12. Implantación de un sistema de formación continuada para toda la unidad. Participación en sesiones clínicas , bibliográficas y cursos así como formación con otros servicios del hospital.
13. Docencia postgrado: Participación activa en programas de doctorado y dirección de tesis doctorales en desarrollo en los componentes de la propia unidad. Colaboración con otras unidades del hospital.
14. Trabajo integrado con recursos sociales para mejorar la atención en las patologías más prevalentes.
15. Incluir la responsabilidad social y corporativa en el eje de trabajo de la unidad. Pensar en economizar, aumentar eficiencia y ser sostenible económicamente con el máximo respeto al medio ambiente.

En la siguiente página se incluye el mapa de procesos del servicio según la memoria de trabajo presentada, a excepción de la unidad de columna, que seguiría un funcionamiento paralelo pero distinto del resto del servicio por el especial funcionamiento la misma, con circuitos directos desde atención primaria, urgencias y hospitalización a dicha unidad.

MAPA DE PROCESOS



Objetivos financieros¹²⁻¹³:

1. Conseguir una mayor partida económica de la gerencia de origen con objeto de poder realizar las incorporaciones de facultativos y personal sanitario necesario que permitan abrir quirófanos y consultas.
2. Buscar nuevas formas de financiación a través de la solicitud de becas de investigación, dinero destinado a formación para el hospital de dependencia.
3. Apoyo financiero de la industria para mejorar la seguridad de los pacientes en cuanto a uso de fármacos y en cuanto a sistemas de información para el manejo de los mismos.
4. Apoyo financiero de la industria para generar líneas de investigación que permitan mejorar la calidad asistencial y reportar beneficios en forma de patentes al propio servicio.

Objetivos de sostenibilidad¹⁴⁻¹⁶:

Cumplimiento de protocolos para el uso adecuado de recursos: Petición de pruebas de imagen como RMN y TAC fundamentalmente. Indicación precisa de las derivaciones para pruebas específicas como las artroRMN, gammagrafías o densitometrías.

1. Disponer de un programa de actuación para el mantenimiento, reposición y adquisición de los recursos materiales necesarios para la actividad. Colaboración activa de los miembros de la unidad en la evaluación de suministros, tecnología, materiales y fármacos a través de su participación en las distintas comisiones.
2. Rediseñar los procesos inefficientes, orientándolos al paciente y a los resultados. El objetivo es incrementar la productividad, usar más racionalmente los recursos y mejorar el control de costes.
3. Ser respetuoso con las normas y guías de protección del medio ambiente en todo lo que atañe a nuestra responsabilidad.
4. Seguridad por y para el paciente. Atención al programa del paciente experto y cuidado de las segundas víctimas.

VII.2 PROCESOS ESTRATÉGICOS, OPERATIVOS Y DE SOPORTE¹⁷⁻²²:

ESTRUCTURA CLAVE DE CADA PROCESO	
PROCESO	Título, definición y código.
MISIÓN	Razón de ser del mismo
LÍMITES	Donde comienza y termina (tiempo que transcurre del inicio al fin)
CLIENTES	Quien recibe el servicio de forma directa (principal) o indirecta (secundario)
PROVEEDORES	Quien realiza el servicio
NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LOS CLIENTES	Requisitos que deben cumplir los servicios para satisfacer la demanda
ENTRADAS	Recursos humanos y materiales, tecnologías, documentos normativos o de guía que deben tenerse en cuenta.
SALIDAS	Productos finales que reciben los clientes
MÉTRICAS	Criterios, indicadores
FRECUENCIA	Veces en la que se repite o replica el proceso
COSTE	Valor monetario de los recursos empleados en la realización de actividades. Según valor ponderado de los GRD.
RESPONSABLE	Facultativo garante de que el proceso se realice en las mejores condiciones, de su monitorización y evaluación de rendimiento

A. Procesos estratégicos: Son los que van a permitir desarrollar la estrategia y objetivos de la unidad de gestión clínica. Delimitan nuestra actividad.

1. Ser centro regional/nacional de referencia en patología de hombro y codo:

PROCESO:

- Amparado en un presupuesto de trabajo y una hoja de ruta en base a experiencias de otros países justificar al servicio Murciano de Salud la creación de la unidad de hombro de referencia.; no solo en base a criterios clínicos sino también de eficiencia y visibilidad. Se necesitará la colaboración de otros hospitales (servicios de trauma) para facilitar el traslado de pacientes. Hay que hacer entender que somos un complemento y no un competidor. Se trata de aumentar la calidad en tratamiento de patología de hombro, añadir a la cartera de servicios algunas cirugías que no existen actualmente en la región (transferencias musculares, cirugía plexo braquial, malformativa...) y ayudar a contribuir a mejorar los conocimientos básicos y clínicos sobre dicha articulación. Solicitar la conformación de un equipo multidisciplinar formado por los componentes del equipo anteriormente reseñado en un mismo espacio en común como puede ser la unidad de asistencia 24 de nuestro hospital, actualmente sin uso. En dicho ala deberían encontrarse todas nuestras consultas, camas de hospitalización, salas de fisioterapia y de sesiones clínicas.

- Formación específica de todos los miembros del servicio en los últimos avances de la especialidad de hombro a través de cursos de formación teórico-prácticos.
- Difusión de la formación de unidad en el resto de la región y creación de los mecanismos de derivación adecuadas, tanto en soporte papel como en soporte informático. Se trata de acoger en esta unidad la patología regional de hombro que por escaso volumen o dificultad técnica hace necesario actualmente derivarla a otras comunidades con lo que ello supone para familiares-pacientes además del gasto.
- Inicio de la actividad clínica e investigacional. Preparar estudios experimentales y clínicos amparados en comité de ética y servicio de epidemiología para intentar mejorar el conocimiento actual de la patología a tratar ya que agrupando volumen y especialistas es de esperar una mejora de los resultados.

ALCANCE:

Situar a la unidad-hospital como un centro de referencia en patología de hombro, no solo regional sino nacional a medio plazo (plazo de 5 años). En función de la capacidad investigadora y docente se podría intentar ampliar esta visibilidad a términos internacionales (10 años vista).

FUENTES DE INFORMACIÓN:

- Servicio central de documentación de la región de Murcia (Edificio habitamia). Extracción de datos referentes a procesos de patología de hombro tratados en la región, costes y derivación a otras comunidades de la patología que no se trata hoy día en la región
- Publicación científica (PubMed, ...) : Situación actual del estado del arte respecto a las patologías que se pretende cubrir, que se sabe, como se sabe.
- Casas comerciales: Datos de otros países respecto a tipo de implantología, metodología y técnicas empleadas y no accesibles desde la publicación científica.
- Sociedad Española e Internaciones de Hombro: Contacto con principales expertos, facilitar comunicación, estancias de formación e intercambiar información. Ofrecer ayuda y pedirla para crecer.

2. Formulación de planes y programas de mejora continua. Implantación de sistemas de calidad:

A través de la sistemática PDCA buscar siempre el perfeccionamiento del sistema. Revisar todas y cada una de las acciones que se desarrollan. Emplear indicadores que nos permitan compararnos con nosotros mismos en el tiempo y con un estándar. Emplear para el benchmarking. Uso vías y guías de práctica clínica aceptadas nacional e internacionalmente.

3. Gestión de recursos sostenible:

Fomentar el uso de medicamentos genéricos en consultas. Evitar el uso de fármacos de nueva generación reparadores de cartílago que no tienen un sustento de la medicina basada en la evidencia. Uso de implantes quirúrgicos que con igualdad de prestaciones sean más económicos. Limitar el uso de cemento con antibióticos a las infecciones presentes y no de

forma rutinaria. Solicitar pruebas de imagen necesarias. Limitar el uso de resonancias en pacientes ancianos con procesos degenerativos donde la radiología y la clínica sean suficiente.

4.Aumentar satisfacción del cliente:

Atención mejorada en consulta de su patología y las alternativas. Firma inequívoca de consentimiento informado en caso de inclusión en lista de espera quirúrgica. Solicitar al paciente que pregunte sus dudas sin temores. En pacientes ingresados, uso de habitación específica para comentar la situación a familiares, evolutivo y pronóstico así como siguientes actitudes a tomar con el paciente. Facilitar el acceso al traductor y a instituciones sociales cuando así sean requeridos vía atención al usuario. Explicar el derecho a las voluntades anticipadas.

5.Gestión lista de espera quirúrgica:

Cada unidad se programará sus quirófanos específicos según lista de espera con criterios de racionalidad y justicia. Se intentará llegar a un 90% de rendimiento de quirófano. El quirófano de trauma y el de ortopedia será programado por el jefe de servicio.

6.Establecer una relación profesional y clara con la industria farmacéutica²³:

- ÉTICA. CÓDIGO DEONTOLÓGICO: No usar ningún fármaco y/o producto sanitario cuya eficacia no esté demostrada o deje dudas a los efectos del conocimiento actual. Ser Riguroso. Cualquier nuevo fármaco y/o material protésico debe ir acompañado de su autorización correspondiente además de un respaldo bibliográfico previo en revistas de alcance o emitido por instituciones neutrales e imparciales, debiendo obviar aquellos estudios patrocinados por la propia empresa farmacéutica.
- TRANSPARENCIA: Cualquier ayuda de un laboratorio o distribuidor protésico a un médico debe estar registrada y puesta en conocimiento del jefe de servicio, el cual supervisará su correcta disposición. En caso de no ser adecuada se instará al facultativo a su devolución, de no hacerlo, podría abrir expediente disciplinario e informar a la dirección del hospital.
- FORMACIÓN MÉDICA CONTINUADA: Toda ayuda prestada a un facultativo ha de documentarse por escrito y con las pruebas pertinentes (Ej. Tríptico del curso, página web del mismo,...) de que está destinada a la formación continuada del mismo. Bien sea en forma de cursos y seminarios o bien como libros, revistas o material audiovisual. En el caso de cursos de formación se ha de acreditar mediante la identificación digital la presencia al menos el 75% de las horas lectivas así como superar la correspondiente evaluación si hubiera estado prevista.
- LÍMITADA: En el caso de cursos, congresos o seminarios de presencia física. A los días que dure el evento formativo evitando con ello lo que antiguamente se denominaba “tarugo”. También limitada al facultativo en concreto (no extensible a familiares y/o amigos cualquiera que sea el grado).

7. Organización pase planta:

El pase de planta se realizará con 2 adjuntos así como con la ayuda de un geriatra de planta específico para los pacientes pluripatológicos. Se reducirán las interconsultas a medicina interna y se optimizará el manejo de los pacientes ingresados. Se reducirán complicaciones y se disminuirá la estancia media que está aumentada por complicaciones de índole médica.

8.Organización del área de hospitalización:

Nuevo sistema de quirófanos semanal, con 3 quirófanos diarios de mañana y 2 de tardes.

Los quirófanos de mañana serían uno de traumatología, otro para ortopedia general y otro específico de unidad. En cada quirófano deben haber 2 cirujanos salvo para los específicos de cirugía menor ambulatoria. Uno o dos días a la semana, el quirófano de unidad o de ortopedia quedará reservado para cirugía menor ambulatoria. Se buscará el mayor índice de ambulatorización que sea posible.

9.Organización de las consultas externas²⁴:

Redistribuir las primeras visitas con consulta de cribado previa que permita una buena ruta asistencial, evitando duplicidades y pérdidas de tiempo a los pacientes. Cada día habría 3 consultas, 1 tipo ambulatoria (30 primeras visitas), una genérica (10 primeras visitas + revisiones) y otra de unidad (15 primeras + revisiones). En las primeras visitas de unidad se incluyen las interconsultas hospitalarias así como las derivaciones desde la consulta de cribado. En ausencia de unidad de columna, tumores o infantil, desde la consulta de cribado se remitirían dichos pacientes a los hospitales de referencia oportunos. Igualmente seguimiento de patología ósea aguda que se trate conservadoramente. En función de la patología será remitida a consultas generales o específicas de unidad.

Generar un circuito rápido para atención de pacientes atendidos en urgencias que así lo precisen para evitar demoras y aumentar accesibilidad. Esta consulta mejora la eficiencia y la calidad asistencial, así como asegura una mejor atención de aquellos pacientes sin criterio de ingreso pero con patología potencialmente incapacitante. Disminuye los tiempos de espera y mejora el manejo global del paciente. Permite crear circuitos alternativos y rápidos para remitir a pacientes a rehabilitación.

Ejemplo: Paciente con ginalgia postraumática que acude a urgencias y que en Rx se descarta lesión ósea aguda, será remitido vía preferente a consultas para ecompletar estudio de imagen y descartar lesión menisco-ligamentosa o condral.

10.Organización de la urgencia:

Un cirujano de guardia física que atenderá a las interconsultas de urgencias y desde hospitalización. Entrará a quirófano cuando la patología así lo requiera y avisará al compañero de guardia para operar caderas de urgencias así como otra cirugía compleja (artritis séptica, amputaciones traumáticas, politraumatizados..).

11. Trabajo integral con recursos sociales y sanitarios para mejorar la atención de las patologías más prevalentes:

- Centros de cuidados medios/geriátricos: La gran incidencia de fracturas de miembros que ocurren hoy día en pacientes ancianos, los vuelve en muchos casos dependientes aparte de ser complicado manejarlos en domicilio por los familiares. Una adecuada relación con dichos centros permitiría derivar de forma fluida a los pacientes en el postoperatorio inmediato para su recuperación más funcional y efectiva. Igualmente los pacientes ya institucionalizados podrían derivarse directamente al hospital en caso de complicaciones.
- Consulta alta resolución y Médicos de atención primaria: Los especialistas podríamos actuar como consultores de los médicos de primaria ante dudas o problemáticas surgidas con nuestros pacientes posquirúrgicos, en este caso, de modo que se pudiera vehicular al paciente de la mejor forma acorde a dicho intercambio de información. Derivarlo a urgencias, adelantarle la cita y/o tratarlo ambulatoriamente. Además el desarrollo de protocolos conjuntos con la ayuda del especialista de cada unidad podría disminuir la lista de espera y evitar al paciente duplicidades innecesarias. La consulta de alta resolución actuaría como filtro inicial de pacientes y mejoraría la satisfacción del usuario.
- Historia clínica digitalizada accesible: Poder ver todo el historial del paciente así como todas las pruebas de imagen, aún cuando no hayan sido realizadas en hospital, sería una técnica muy efectiva para poder resolver problemas al paciente sin necesidad de repetírselas o tener que citarlo otro día sin solucionarle el problema.

12. Aplicación de ecografía aplicada en consulta

El advenimiento de nuevas técnicas y la mejora en la formación de los especialistas de traumatología de este hospital, con la ayuda de cursos específicos, ha permitido desarrollar las habilidades necesarias para desarrollar técnicas ecográficas regladas y con rigor metodológico suficiente para ser empleadas en consultas.

Estas mejoras permitirán ser aplicadas a los pacientes que sean visitados en nuestras consultas con 2 fines:

A. **DIAGNÓSTICOS:** La prevalencia de lesiones de partes blandas, sobre todo en miembro superior, y específicamente a nivel de la cintura escapular y en la región de la mano, donde alcanzan el 30% de las consultas permitirá su uso para el diagnóstico complementario a la exploración física, en la primera consulta que realiza el paciente.

Usos más frecuentes:

1. Patología manguito rotador
2. Patología porción larga bíceps
3. Patología inserción distal bíceps
4. Patología insercional tríceps
5. Epicondilitis
6. Epitrocleitis
7. Bultomas mano-dedos
8. Lipomas subcutáneos

9. Trocantéritis
10. Entesopatias anserina y del tubérculo de Gerdy
11. Entorsis de tobillo
12. Bultomas pies-tobillo
13. Artrosis tarsianas
14. Otros...

B.TERAPÉUTICOS: Patologías que pueden ser tratadas directamente en la primera visita del paciente, bajo anestesia local en algunos casos y que permitirán resolver en una sola visita el problema del mismo.

1. Infiltración eco-guiada articular: Hombro, codo, rodilla, cadera, tobillo y muñeca principalmente.
2. Infiltración eco-guiada entesis: Anserina, extensosupinadora antebrazo, flexorpronadora antebrazo, tricipital, glútea...
3. Drenaje y lavado calcificaciones de hombro bajo anestesia local
4. Punción-Biopsia lesiones partes blandas
5. Polectomía ecográfica de dedos en resorte
6. Infiltración enzimas proteolíticas en enfermedad de Dupuytren
7. Otras..

VENTAJAS DEL USO DE ECÓGRAFO EN SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA:

- Disminución lista de espera total en un 20% con los beneficios que ello supone para la institución y para el paciente
- Disminución de la demanda de ecografías (aprox un 80% de las que actualmente se piden) al servicio de radiodiagnóstico con lo que quitaríamos presión asistencial a dicho servicio
- Beneficio económico: Al reducir las listas de espera quirúrgicas y la demanda de segundas pruebas complementarias que hoy día se externalizan.
- Disminución reclamaciones a atención al paciente, porque los pacientes que se beneficien del uso del ecógrafo no tendrán el riesgo de pasar un tiempo excesivo en lista de espera o esperando pruebas diagnósticas.
- La atención integral al paciente, de forma que en una sola visita el paciente sea diagnosticado y tratado en algunos casos sin listas de espera o demoras en pruebas diagnósticas.
- Su aplicación y uso para el desarrollo de la docencia e investigación en el ámbito sanitario,a través de los estudiantes en formación, como una herramienta más a usar dentro de su aprendizaje.
- Compromiso con la gestión excelente, cuyos principios son la base de la efectividad y calidad de la actuación de todos y cada uno de nosotros y por tanto, de nuestra Organización.
- Orientación al cliente, que es el foco de la actividad de todas y cada una de las personas que componemos este Hospital

Se adjuntan en las siguientes páginas los organigramas del servicio, en la página siguiente el real de Enero de 2017 y en la posterior, un organigrama ficticio con 13 adjuntos (10 actuales) y la distribución por unidades tal cual se recomienda en esta memoria.

ORGANIGRAMA REAL ENERO 2017 SERVICIO COT HULAMM

	GUARDIA	CONSULTA	QUIRÓFANO-10	QUIRÓFANO-11	PLANTA	LIBRE	GESTIÓN
1 - L	Villodres						
2 - M	Martinez						
3 - X	Guenzi	Villodres	Lopez-Nicolas		Martinez		
4 - J	Martinez	Lopez	Villodres-Nicolas		Guenzi		
5 - V	Guenzi	Villodres	Lopez-Nicolás		Martinez		
6 - S	Nicolás						
7 - D	Villodres						
8 - L	Picazo						
9 - L	López	Cano -Andrés(Mano)	Nicolás - Martinez	Guenzi-Silvestre	Picazo	Villodres	Bento
10 - M	Cano	Nicolás- Silvestre	Bento-Martinez	Picazo-Andrés	López	Guenzi	
11 - X	Silvestre	Bento-Guenzi	Lopez-Villodres	Andrés-Nicolas	Cano	Picazo	Martinez
12 - J	Bento	Martinez (Cad)-Lopez	Guenzi-Villodres- Nicolás	Andrés-Picazo	Silvestre	Cano	
13 - V	Martinez	Picazo (Mano)Villodres	Cano-Andrés	Guenzi	Nicolás	López- Silvestre	Bento
14 - S	Nicolás						
15 - D	Andrés						
16 - L	Villodres	Picazo-Martínez	Silvestre-Guenzi	Cano-Lopez	Andrés	Nicolás	Bento
17 - M	Picazo	Andrés-Guenzi(Rod)	Cano-Nicolás	Silvestre-Lopez	Villodres	Martinez	
18 - X	Guenzi	Bento-Cano	Lopez-Villodres	Nicolás-Silvestre	Picazo	Andrés	Martinez
19 - J	Cano	Villodres-Silvestre(Rod)	Bento-Martinez- Nicolás	Lopez-Andrés	Guenzi	Picazo	
20 - V	Silvestre	Lopez-Nicolás(Hombro)	Andrés-Picazo	Martinez	Cano	Villodres -Guenzi	Bento
21 - S	López						
22 - D	Picazo						
23 - L	Martinez	Andrés-Villodres(pie)	Silvestre-Guenzi	Nicolás-Cano	Picazo	López	Bento
24 - M	Nicolás	Picazo-Lopez	Bento-Andrés	Guenzi-Villodres	Martinez	Silvestre	
25 - X	Andrés	Bento(Cad)-Silvestre	Villodres-Lopez	Guenzi-Cano	Nicolás	Picazo	Martinez
26 - J	Bento	Martinez-Cano(Hombro)	Silvestre-Guenzi- Picazo	Villodres-Lopez	Andrés	Nicolás	
27 - V	Cano	Nicolás-Guenzi	Lopez-Villodres	Picazo	Silvestre	Martinez -Andrés	Bento
28 - S	Silvestre						
29 - D	Martinez						
30 - L	Villodres	Lopez(Pie)-Guenzi	Cano - Nicolás	Picazo-Andrés	Martinez	Silvestre	Bento
31 - M	Picazo	Martinez-Nicolás	Andrés-Lopez	Silvestre-Guenzi	Villodres	Cano	

UNIDAD DE CADERA: BENTO-MARTINEZ; UNIDAD DE RODILLA:GUENZI-SILVESTRE; UNIDAD DE PIE-TOBILLO:LÓPEZ VILLODRES
UNIDAD DE HOMBRO-CODO: CANO-NICOLÁS; UNIDAD DE MUÑECA-MANO: PICAZO-ANDRÉS

ORGANIGRAMA FICTICIO DE LA UGC DE COT HULAMM

	GUARDIA		PLANTA	LIBRE	CONSULTA			QUIROFANO 9 UNIDAD	QUIROFANO-10 ORTOPEDIA/cm	QUIROFANO-11 TRAUMA	PEONADAS
	FIJICA	LOCALIZADA/C			ARA	GENERICA	UNIDAD				
1 - L	BENTO	MARTINEZ	13-MARTINEZ	12	GUENZI(30 PV) 11(10 PV + REV) VILLODRES(10 PV + 10 REV)			U HOMBRO: CANO-NICOLAS	PICAZO-SEBAS	ANDRES-LOPEZ	
2 - M	MARTINEZ	NICOLAS	BENTO-NICOLAS	VILLODRES-11	LOPEZ(10 PV + REV) 13(10 PV + 10 REV)			U RODILLA: GUENZI-PICAZO	CANO-12	ANDRES- PICAZO	CANO-PICAZO
3 - X	NICOLAS	CANO	MARTINEZ-CANO	13	GUENZI(30 PV) VILLODRES(10 PV + REV) SEBAS(10 PV + 10 REV)			U MANO: PICAZO-ANDRES	LOPEZ-BENTO	ANDRES- BENTO	
4 - J	CANO	PICAZO	NICOLAS-PICAZO	MARTINEZ	11(30 PV) BENTO(10 PV + REV) 12(10 PV + 10 REV)			U PIE: VILLODRES-LOPEZ	ANDRES-SEBAS	GUENZI-13	VILLODRES- LOPEZ
5 - V	PICAZO	ANDRES	CANO-ANDRES	BENTO-NICOLAS	ANDRES(30 PV) GUENZI(10 PV + REV) 11(10 PV + 10 REV)			U CADERA: MARTINEZ-13	LOPEZ	12-SEBAS	
6 - S	ANDRES	SEBAS	PICAZO-SEBAS								
7 - D	SEBAS	GUENZI									
8 - L	GUENZI	VILLODRES	SEBAS-VILLODRES	ANDRES	BENTO(30 PV) MARTINEZ(10 PV + REV) PICAZO(10 PV + 10 REV)			U HOMBRO: CANO-NICOLAS	U COLUMNA: 11-12	13-SEBAS	
9 - M	VILLODRES	11	GUENZI-11	CANO-PICAZO	13(30 PV) SEBAS(10 PV + REV) NICOLAS(10 PV + 10 REV)			U COLUMNA: 11-12	ANDRES	LOPEZ- MARTINEZ	NICOLAS-12
10 - X	11	12	VILLODRES-12	SEBAS	GUENZI(30 PV) LOPEZ(10 PV + REV) CANO(10 PV + 10 REV)			U CADERA: BENTO-MARTINEZ	PICAZO-13	ANDRES- NICOLAS	GUENZI-13
11 - J	12	13	11-13	VILLODRES	NICOLAS(30 PV) SEBAS(10 PV + REV) BENTO(10 PV + 10 REV)			U MANO: ANDRES-PICAZO	CANO-LOPEZ	VILLODRES- MARTINEZ	BENTO- MARTINEZ
12 - V	13	BENTO	12-BENTO	GUENZI-11	PICAZO(30 PV) CANO(10 PV + REV) MARTINEZ(10 PV + 10 REV)			U PIE: VILLODRES-LOPEZ	NICOLAS	ANDRES- SEBAS	
13 - S	BENTO	MARTINEZ	13-MARTINEZ								
14 - D	MARTINEZ	NICOLAS									
15 - L	NICOLAS	CANO	MARTINEZ-CANO	BENTO	LOPEZ(30 PV) 13(10 PV + REV) GUENZI(10 PV + 10 REV)			U MANO: ANDRES-PICAZO	U COLUMNA: 11-12	SEBAS-VILLODRES	
16 - M	CANO	PICAZO	NICOLAS-PICAZO	12-13	SEBAS(30 PV) GUENZI(10 PV + REV) ANDRES(10 PV + 10 REV)			U TORILLO-PIE: VILLODRES-LOPEZ	11	BENTO-MARTINEZ	ANDRES- SEBAS
17 - X	PICAZO	ANDRES	CANO-ANDRES	MARTINEZ	12(30 PV) 11(10 PV + REV) LOPEZ(10 PV + 10 REV)			UNIDAD CADERA: BENTO-13	U RODILLA: SEBAS-GUENZI	VILLODRES- NICOLAS	11-12
18 - J	ANDRES	SEBAS	PICAZO-SEBAS	CANO	GUENZI(30 PV) BENTO(10 PV + REV) VILLODRES(10 PV + 10 REV)			UNIDAD DE COLUMNA: 11-12	U CADERA: MARTINEZ-13	LOPEZ-NICOLAS	GUENZI-13
19 - V	SEBAS	GUENZI	ANDRES-GUENZI	NICOLAS-PICAZO	MARTINEZ(30 PV) 13(10 PV + REV) 11(10 PV + 10 REV)			UNIDAD DE PIE: VILLODRES-LOPEZ	BENTO	CANO-12	
20 - S	GUENZI	VILLODRES	SEBAS-VILLODRES								
21 - D	VILLODRES	11									
22 - L	11	12	VILLODRES-12	GUENZI	CANO(30 PV) SEBAS(10 PV + REV) ANDRES(10 PV + 10 REV)			UNIDAD CADERA: BENTO-13	GUENZI-BENTO	PICAZO-LOPEZ	
23 - M	12	13	11-13	ANDRES-SEBAS	BENTO(30 PV) MARTINEZ(10 PV + REV) NICOLAS(10 PV + 10 REV)			UNIDAD TORILLO-PIE: VILLODRES-LOPEZ	CANO	SEBAS-PICAZO	CANO-BENTO
24 - X	13	BENTO	12-BENTO	VILLODRES	PICAZO(30 PV) ANDRES(10 PV + REV) LOPEZ(10 PV + 10 REV)			UNIDAD DE RODILLA: BENTO-13	NICOLAS-MARTINEZ	CANO-VILLODRES	SEBAS- ANDRES
25 - J	BENTO	MARTINEZ	13-MARTINEZ	12	GUENZI(30 PV) SEBAS(10 PV + REV) CANO(10 PV + 10 REV)			UNIDAD DE MANO: ANDRES-PICAZO	UNIDAD DE PIE: LOPEZ-VILLODRES	11-NICOLAS	11-PICAZO
26 - V	MARTINEZ	NICOLAS	BENTO-NICOLAS	11-13	ANDRES(30 PV) CANO(10 PV + REV) PICAZO(10 PV + 10 REV)			UNIDAD DE RODILLA: GUENZI-SEBAS	LOPEZ	VILLODRES- 12	
27 - S	NICOLAS	CANO	MARTINEZ-CANO								
28 - D	CANO	PICAZO									
29-L	PICAZO	ANDRES	CANO-ANDRES	NICOLAS	ANDRES(30 PV) CANO(10 PV + REV) PICAZO(10 PV + 10 REV)			UNIDAD CADERA: BENTO-MARTINEZ	U COLUMNA: 11-12		
30-M	ANDRES	SEBAS	PICAZO-SEBAS	BENTO-MARTINEZ	11(30 PV) 12(10 PV + REV) 13(10 PV + 10 REV)			U HOMBRO: CANO-NICOLAS	VILLODRES	LOPEZ-GUENZI	NICOLAS- LOPEZ
31-X	SEBAS	GUENZI	ANDRES-GUENZI	CANO	LOPEZ(30 PV) NICOLAS(10 PV + REV) MARTINEZ(10 PV + 10 REV)			U COLUMNA: 11-12	U CADERA: BENTO-13	PICAZO- VILLODRES	11-MARTINEZ

UNIDAD DE CADERA: MARTINEZ-13-BENTO-UNIDAD DE RODILLA: SEBAS-GUENZI / UNIDAD DE TORILLO-PIE:VILLODRES-LOPEZ/UNIDAD DE HOMBRO Y CODO: CANO-NICOLAS/ UNIDAD DE MUÑECA Y MANO: PICAZO-ANDRES
 UNIDAD DE RAQUIS: 11-12/ JEFE SERVICIO: BENTO; ARA: CONSULTA AMBULATORIA ALTA RESOLUCIÓN

Ejemplo PROCESO ESTRATÉGICO²⁵:

A. RESUMEN TABLA DE PROCESO

PROCESO: FUNCIONAMIENTO PUERTA DE URGENCIAS DE TRAUMATOLOGÍA	
MISIÓN	Atención pacientes con patología del sistema musculoesquelético que acuden al servicio de urgencias en función de su gravedad y grado de urgencia, ajustando la respuesta asistencia en función de la misma
Límite inicial	Inicio de la guardia a las 8,15h en sesión clínica según calendario de guardias del servicio
Límite final	Fin de la guardia a las 8,15h con resumen de la misma: Interconsultas realizadas, cirugías, ingresos y pacientes en observación si los hubiere.
Clientes	Internos: Staff de cirugía ortopédica y traumatología Externos: Pacientes de área
Proveedores	Staff de cirugía ortopédica y traumatología
Necesidades y expectativas de los clientes	Que existan los recursos técnico y personales necesarios para desarrollar las actividades Conocer las especificaciones que regulan la calidad técnica en la organización del trabajo de urgencias
Entradas	1 adjunto de presencia física +1 adjunto localizado. Sala de yesos, quirófano de atención local, radioescopia, puestos informáticos
Salidas	Pacientes dados de alta con el tratamiento correcto y el informe de alta debidamente cumplimentado Paciente ingresado pendiente de prueba diagnóstica o tratamiento definitivo
Criterios Indicadores	Conformes tanto para proveedores como clientes Tasa de rotación médica: 1 guardia cada 10 días Urgencias atendidas: Anualmente Altas de urgencias Ingresos Revisitas (menos de 48h por mismo GRD) Cirugía de urgencias (número) Índice de mortalidad
Frecuencia del proceso	Mensual (30,31 días) o anual (365,366 días)
Responsable	JoséfinaAndres Grau Revisión mensual
Responsables del proceso	Confección plantilla de guardias por jefe de servicio de COT y descarga en formato accesible a los componentes del servicio. Esto se realiza dos veces al año (En Octubre para el semestre Enero-Junio) y en Marzo para el semestre (Julio-Diciembre).

B.FUNCIÓNES DEL ADJUNTO DE GUARDIA DENTRO DEL PROCESO: FUNCIONAMIENTO PUERTA DE URGENCIAS DE TRAUMATOLOGÍA

- Recepción y lectura de la información relativa a la guardia del día anterior. Revisión del número y características de enfermos en posición de observación de la urgencia.
- Atención a los problemas médico-quirúrgicos que surjan en aquellos pacientes que se encuentran ya valorados en el área de urgencias (boxes y observación) o ingresados en planta.
- Recepción a la nueva demanda urgente de traumatología
- Aplicar las medidas de cuidados terapéuticos requeridos por el paciente según el diagnóstico realizado.
- Elaborar el informe de alta de la urgencia según la evolución y tipo de paciente (informe o nota de urgencias, citación a consultas, hoja de prescripción, partes de lesiones, etc.).
- Realización de las interconsultas urgentes solicitadas por otros servicios clínicos.
- Cumplimentar la información clínica en el Sistema de Información del Servicio (SIS) de responsabilidad del FEA asignado a urgencia.
- Evaluación de incidencias relevantes e información si procede a responsables de la guardia (jefe de urgencias, jefe de hospital, jefe de servicio..)
- Informar en la sesión clínica de los casos vistos: número de urgencias atendidas, tipos de urgencia, casos clínicos, incidencias, pacientes ingresados, pacientes en área de urgencias pendientes de resolución, cirugías pendientes urgentes, etc.
- Entrega de la guardia al FEA entrante de guardia según plantilla de organización del servicio

B.Processos operativos: Son los procesos específicos de la unidad de gestión clínica y que justifican nuestra razón de ser²⁶⁻³⁰.

- Procesos transversales. Se distribuirán por secciones según la región anatómica afectada.
 1. Manejo del dolor en procesos asociados a COT.
 2. GRD 558. Procedimientos músculo-esqueléticos excepto articulación mayor bilateral o múltiple con complicaciones
 3. GRD 867. Escisión local y extracción dispositivo de fijación interna
 4. GRD 213. Amputación por trastornos musculoesqueléticos y del tejido conectivo
 5. GRD 216. Biopsias del sistema musculoesquelético y del tejido conectivo.
- Miembro superior:
 1. GRD 223. Procedimientos mayores sobre hombro, codo u otros procedimientos sobre la extremidad superior

2. GRD 224. Procedimientos mayores hombro, codo u otros procedimientos de la extremidad superior
3. GRD 254. Fractura, esguince, desgarro y luxación brazo.
4. GRD 229. Procedimiento sobre mano y muñeca, excepto procedimientos mayores en articulación, sin complicaciones
5. GRD 06. Liberación túnel carpiano
6. GRD 08. Procedimiento sobre nervios craneales y periféricos y otros procedimientos quirúrgicos del sistema nervioso sin complicaciones.
7. GRD 441. Procedimiento sobre mano sin lesión traumática
8. GRD 791. Desbridamiento herida por lesiones, herida.

➤ Miembro inferior:

1. GRD 818. Sustitución de cadera excepto por complicaciones
2. GRD 222. Procedimiento sobre la rodilla sin complicaciones
3. GRD 209. Sustitución articulación mayor miembro inferior excepto cadera sin complicaciones
4. GRD 219. Procedimiento extremidad inferior excepto cadera, pie, fémur sin complicaciones, edad mayor de 17 años.
5. GRD 254. Fractura, esguince, desgarro y luxación pierna excepto pie.
6. GRD 217. Desbridamiento herida e injerto de piel por trastorno musculoesquelético y del tejido conectivo excepto mano.
7. GRD 225. Procedimientos sobre pie.
8. GRD 227. Procedimientos sobre tejidos blandos sin complicaciones.

EJEMPLO PROCESO OPERATIVO:

PROCESO: GRD 08 Procedimiento sobre nervios craneales y periféricos y otros procedimientos quirúrgicos del sistema nervioso sin complicaciones.		
ATRIBUTOS DE CALIDAD		
Destinatario: Paciente Coordinación asistencial	Flujo de salida: Cuidados médicos Información	Característica de calidad (VER ABAJO, EPÍGRAFE 2) Consentimiento informado quirúrgico de Traumatología cumplimentado y firmado por paciente/familiar. Satisfacer las necesidades de información a paciente y familia VER ABAJO (EPÍGRAFE 3)
PROCESO		
Misión		Prestar servicio médico quirúrgico a todos los pacientes que presentan dolor, pérdida de movilidad, parestesias y alteraciones emocionales por compresión, sección o enfermedad de nervios periféricos en las extremidades, para recuperar la habilidad en el manejo de las mismas y buenas calidad del sueño nocturno.
Límite inicial		Ingreso del paciente en la unidad de cirugía mayor ambulatoria
Límite final		Alta hospitalaria
Clientes	Principal Secundario	Paciente Familiares
Proveedores		Adjuntos de los servicios de traumatología, anestesia, neurofisiología, rehabilitación (si fuera preciso), laboratorio, enfermería y radiodiagnóstico. Enfermería, diplomados y auxiliares intervinientes en el proceso
Necesidades y expectativas de los clientes		Seguir las observaciones de necesidades y expectativas para todos los procesos operativos
Entradas	Recursos especiales Documentos	Gafas lupa, venda de Esmarch, agentes biológicos para prevenir fibrosis postquirúrgica y estimular crecimiento nervioso, fármacos, caja de cirugía de mano. Historia clínica, pruebas solicitadas en formato electrónico, parte de quirófano
Salidas		Seguir las observaciones de los atributos de calidad y seguridad del proceso
Criterios Indicadores		Los requisitos del proceso existen y son conformes tanto para proveedores como para pacientes Número de altas del proceso Estancia media del proceso
Frecuencia del proceso		Mensual (4 sesiones, 1 x semana)
Responsable	Francisco Picazo Marín (unidad de muñeca y mano)	Revisión anual

2.CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD DEL PROCESO OPERATIVO PARA GRD 08:

História clínica electrónica bien documentada. 2. Preoperatorio del paciente: - Formulario de anestesia cumplimentado. - PDI disponibles.

Electromiograma miembros superiores realizado. - Paciente confirmado en parte quirófano. - Medicación ajustada al paciente. - Miembro a intervenir marcado correctamente

Técnica quirúrgica bien sistematizada:

- Paciente bien colocado en mesa de mano. - Colocación de manguito de isquemia en antebrazo (anestesia locorregional) o en brazo (anestesia general o plexo axilar). - Campo quirúrgico estéril (lavado por DUE circulante) con ayuda de TIGA. - Vía de abordaje limpia. - Realización correcta de isquemia preventiva con venda de Esmarch estéril por ayudante. - Incisión correcta para no dañar estructuras neurovasculares ni tendinosas. - Corrección quirúrgica de la alteración según tipo de caso asociado al GRD: 1.- Técnica quirúrgica general para descompresión o lisis de adherencias de nervios periféricos: Incisión longitudinal de la piel sobre corredera, arco o zona lesionada del nervio con disección de tejido subcutáneo y fascial muscular hasta nervio, desde zona sana proximal hacia distal. Disección y liberación microquirúrgica de adherencias y estructuras que compriman al nervio. 2.- Técnica quirúrgica general para escisión de nervio periférico: Incisión longitudinal de la piel sobre zona lesionada del nervio con disección de tejido subcutáneo hasta nervio lesionado, desde zona sana proximal hacia distal. Resección de zona enferma y retracción de cabo proximal para que no quede en lecho quirúrgico (a veces enterrarlo en hueso o músculo). 3.-Técnica quirúrgica general para sutura o transposición de nervio periférico: Incisión longitudinal de la piel sobre corredera, arco o zona lesionada del nervio con disección de tejido subcutáneo y fascial muscular hasta nervio, desde zona sana proximal hacia distal. Disección y liberación microquirúrgica de adherencias y estructuras que compriman al nervio. Resección de tejido necrótico y sutura microquirúrgica con o sin injerto nervioso de nervio periférico (sural) y utilización de material biocompatible. - Herida suturada con material reabsorbible. - Vendaje compresivo/inmovilización enyesada correctamente colocado. - Retirada de isquemia preventiva. 4. Postoperatorio del paciente: - Paciente con tratamiento ajustado al caso. - Criterios de alta de CMA cumplimentados. - Informe de alta médica realizado.

3.COORDINACIÓN ASISTENCIAL PROCESO OPERATIVO PARA GRD 08

- Enfermería: Plan de cuidados de enfermería
- Radiología: Pruebas de Imagen preoperatorias analizadas y realizadas
- Laboratorio: Analíticas preoperatorias solicitadas y realizadas
- Neurofisiología: Electromiograma solicitado y realizado
- Anestesiología: Interconsulta anestesia solicitada y contestada
- Rehabilitación: No precisa salvo complicación

C. Procesos de soporte: Son los procesos que van a proporcionar los recursos y apoyos para que los procesos clave se puedan llevar a cabo. Son las actividades necesarias para realizar nuestro trabajo.

- Solicitud de pruebas de diagnóstico por la imagen

Validación de protocolos conjuntos con servicio de radiodiagnóstico para establecer unas proyecciones radiológicas estándar acordes a cada patología, sobre todo en Rx simple.

Ejemplos:

Serie radiológica inestabilidad hombro: Rx AP en rotación neutra, rotación interna y externa, Rx axilar y Rx de Stryker. TAC para valorar morfología glenoidea y artro-RMN para valorar todas las lesiones de partes blandas existentes.

Serie radiológica para síndrome subacromial y patología manguito rotador: Rx desfiladero subacromial AP así como AP en rotación neutra. ECO como cribado de lesiones en manguito y calcificaciones.

Serie radiológica patología acromioclavicular: Proyección AP con carga de 5kgr bilateral y proyección axial de Alexander igualmente con carga de 5 kgr.

- Solicitud de pruebas de laboratorio

Establecer igualmente un protocolo para despistaje de patología reumática y déficits vitamínico-minerales.

Ejemplos:

Sospecha osteoporosis: Bioquímica básica + vit D + T3-T4 + PTH + calcemia

Sospecha artritis reumatoide: Hemograma + bioquímica básica + RFA + Complemento + ANA

Sospecha espondiloartropatia: HLA-B27 + RFA

- Gestión del sistema de información clínica

Poder establecer un circuito que facilite la obtención de datos de historias clínicas agrupadas por diagnóstico y/o patología y/o tratamiento con objeto de extraer información con fin asistencial o investigador. Evitar que suponga una carga de trabajo que haga desistir del fin mismo que se busca.

- Organización de la formación continuada

Establecer un calendario de cursos de formación obligatorios, específicos para cada unidad y en relación con la sociedad nacional y/o internacional de la especialidad. Fomentar aquellas actividades de formación de tipo práctico y en cadáver que permitan introducir nuevas técnicas o mejorar las existentes. Revisión mensual de las mismas.

➤ Solicitud de prescripción de fármacos

Alinear política de fármacos necesarios con aquellos formatos, genéricos o no, que sean más económicos, sin que ello afecte a la seguridad del paciente y al objetivo del tratamiento. Manejar analógos mas coste efectivos. Comunicación fluida con servicio de farmacia para revisar tratamientos en planta, avisar de peligros, interacciones y alternativas existentes.

➤ Otros: Mantenimiento, seguridad, ...

VII.3. DOCENCIA Y FORMACIÓN CONTINUADA

1.Cumplir normas de acreditación. Solicitar una evaluación de la unidad a través de una consultora especializada para hacer en primer lugar una composición de lugar de la unidad y en base a ello comenzar el ciclo de mejora pertinente. No se aplicaría el modelo EFQM porque éste es realizado por profesionales de la propia organización (autoevaluación, y no por un tercero) además de reconocerse como premio y no como acreditación. Aunque en buena ley es el modelo más completo aunque habría que adaptarlo a servicios sanitarios por usar términos farragosos, muy del ámbito empresarial, ser muy exhaustivo y requerir mucha experiencia por parte de los evaluadores. Se podría utilizar los siguientes:

MODELO JCAHO: Para acreditar el hospital. Permite la acreditación de centros sanitarios de forma externa, independiente y a través del juicio interiores. Es prescriptivo y tiene en cuenta el riesgo, la seguridad o la ética. Su principal problema es que no tiene en cuenta los estratos inferiores, es un modelo americanizado, de mayor operatividad para hospitales y donde los resultados no se consideran importantes. La vigencia será de unos 3 años.

MODELO ISO (UNE-EN ISO 9001 2015) Para acreditar procesos, como por ejemplo, la vía clínica del pie diabético. Nos aportaría una certificación, más que una acreditación. Es igualmente prescriptivo y permite demostrar a un tercero nuestra calidad. Su problema es que solo considera al cliente y algo el proceso. Exige una auditoria anual. A veces se prima más el conseguir el certificado que la calidad en sí que debe llevar aparejada.

2.Obligación de realizar sesión clínica semanal de tipo rotatorio sobre un tema específico de la especialidad a la que se dedique el ponente dentro de la unidad (EJ. Unidad de hombro)

3.Obligación de asistir al menos a 2 cursos de formación-aprendizaje teórica y/o práctica al año.

4.Realización de sesiones bibliográficas a demanda en función de las necesidades del servicio o con respecto a casos especiales

5.Realización trimestral de una sesión conjunta de área en patologías de interés con otros servicios del hospital

6.Obligación de desarrollar al menos un trabajo de investigación o revisión publicable por cada unidad y año independientemente de que luego lo sea o no. Se valorará el factor de impacto de la revista en cuestión.

VII.4 ACTIVIDAD INVESTIGADORA

Proponer líneas de investigación en apoyo con la universidad y con las casas comerciales. Realizar revisiones bibliográficas y extraer información para determinar líneas de investigación nuevas o complementarias a las ya existentes. Las primeras líneas de investigación a desarrollar serían las siguientes:

- Línea número 1: Pegamento óseo. Investigar en laboratorio la creación de "pegamentos óseos". Hoy día nos seguimos enfrentando a muchas lesiones traumáticas donde el hueso presenta una gran comminución (esto es, muchos cachitos de diferentes tamaños) y que son muy difíciles de sintetizar. No tenemos disponible a día de hoy ningún material que usado como el pegamento (tipo "Dermabone" usado para heridas en cara de niños) nos permita construir paso a paso la fractura (como el que une con "Loctite" los trozos de un jarrón roto). Si fueramos capaces de encontrar dicho producto podríamos resolver muchos puzzles que hoy día seguimos siendo incapaces de resolver sin asumir unos daños definitivos articulares o no. A su vez, esta técnica permitiría usar unas técnicas clásicas de fijación añadidas.
- Línea número 2: PRP. Estudio del efecto del plasma rico en plaquetas en animales de experimentación (cordero) con un seguimiento en vivo durante al menos 10 años. El objetivo sería crear un proceso inflamatorio para luego realizar la infiltración con el producto en cuestión y ver si a lo largo de 10 años no aparecen efectos secundarios indeseados (Ej Procesos neoformativos). Hoy día el empleo de PRPs se realiza más en base a presión social y mediática que por lo que la ciencia haya demostrado realmente su utilidad. La demanda de esta técnica crece día a día por parte de los pacientes. Los estudios en laboratorio son de baja calidad y los realizados en clínica son mayoritariamente de nivel de evidencia V o IV. No se puede determinar por tanto su eficacia desde un punto de vista científico. Es una técnica cara (reactivos y pago de tasas) con una serie potencial de complicaciones (infecciones, posibilidad futura de desarrollo de procesos neoformativos...).
- Línea número 3. CLÍNICA REALIZAR UN ESTUDIO CLÍNICO PARA COMPROBAR SI EL TRATAMIENTO PREOPERATORIO CON CALCIO Y VITAMINA D DURANTE 1 AÑO DISMINUYE LA TASA DE COMPLICACIONES EN FORMA DE AFLOJAMIENTO DE LAS ARTROPLASTIAS TOTALES DE RODILLA Y CADERA EN PACIENTES AÑOSOS (MÁS DE 80 AÑOS). La artroplastia de cadera y rodilla son 2 técnicas cuya eficacia ha quedado demostrada a lo largo de los últimos años, donde han ido mejorando los resultados excepto en los pacientes de más edad (más de 80 años), donde la tasa de aflojamientos y fracturas periprotésicas es proporcionalmente más elevada. Estas dos complicaciones aparte de ser devastadoras son extremadamente caras con promedios de 20.000-30.000 de gasto incluyendo todos los ítems (8000 euros de media un proceso primario). El objetivo sería establecer dos grupos (uno tratado con calcio-vit D y otro con placebo), una vez indicada la necesidad de artroplastia, y durante el año previo, para ver si en los 5 años posteriores a la implantación, disminuye la tasa de complicaciones en forma de fractura periprotésica y/o aflojamiento respecto a los pacientes menores de 80 años.

VII.5 MONITORIZACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN: CUADRO DE MANDO³¹⁻³⁵:

Se presenta un cuadro de mando integral con los indicadores de mayor relevancia y consenso documentados en la bibliografía para reflejar el funcionamiento de una unidad de gestión clínica en traumatología. Hay más, y no están todos, pero si que están representados todos los aspectos asistenciales, docentes, investigación y calidad que se precisan. Su documentación y fórmula es accesible, relativamente sencilla de documentar y pensamos que son los necesarios y suficientes para permitirnos ver la evolución de nuestra unidad y qué decisiones debemos tomar en función de sus resultados.

Todos los indicadores se compararán siempre con el año previo.

INDICADOR	PERIODICIDAD	PRESENTACIÓN
A.ECONÓMICOS		
Listado de GRD al alta	M	Tabla
Precio/paciente/GRD	M	Tabla
Gasto total de personal	A	Tabla
Gasto en prótesis	A	Tabla
Gasto en farmacia	A	Tabla
B.RECURSOS Y ACTIVIDADES		
1. ESTRUCTURA		
Camas de hospitalización	M	Tabla
Horas de consultas externas	M	Tabla
2.CONSULTAS EXTERNAS		
Primeras visitas	M	Tabla
Revisões	M	Tabla
3. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS		
Número de resonancias	M	Gráfica
Número de escáneres	M	Gráfica
Número de ecografías	M	Gráfica
Número de gammagrafías	A	Gráfica
Número de densitometrias	A	Gráfica
Número de analíticas	M	Gráfica
4.HOSPITALIZACIÓN		
Camas disponibles	M	Tabla
Ingresos totales	M	Tabla
Ingresos programados	M	Tabla
Ingresos urgentes	M	Tabla
Presión de urgencias	M	Tabla
Total estancias	M	Tabla
Altas por fallecimiento	A	Tabla
Mortalidad por fractura de cadera	A	Tabla
Interconsultas	M	Tabla
5. CIRUGÍA		
Intervenciones totales		Tabla
Intervenciones programadas		Tabla
Intervenciones urgentes	M	Tabla
Intervenciones Cirugía Mayor Ambulatoria (índice ambulatorización)	M	Tabla
Intervenciones cirugía menor ambulatoria	M	Tabla
Intervención cirugía fractura cadera mayores 65 años	M	Tabla
C. CALIDAD		
1. ORIENTADA AL PACIENTE		
índice de entradas/salidas en lista de espera	M	Gráfica
Pacientes en lista de Espera mayor de 180 días	M	Tabla
Espera media quirúrgica	M	Gráfica
Demora consultas mayor de 30 días	M	Tabla
Espera media de primera consulta	M	Gráfica
% intervenciones con consentimiento informado	M	Tabla
2. OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS		
Estancia media	A	Gráfica
índice de ocupación	A	Tabla
índice de rotación enfermo/cama	A	Tabla
Rendimiento quirúrgico	M	Tabla
% desprogramaciones quirúrgicas	M	Tabla
Rendimiento consultas	M	Tabla
3. INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA		
Número de sesiones clínicas	A	Tabla
Número de publicaciones	A	Tabla
Número de ponencias y comunicaciones	A	Tabla
Número impacto total publicaciones	A	Tabla
4.IMPLANTACIÓN ÁREAS DE MEJORA		
Número de protocolos o guías clínicas evaluadas	A	Tabla
Tasa de infección quirúrgica	A	Gráfica
Tasa de reingresos urgentes por igual GRD	M	Tabla
Estancias prequirúrgicas del paciente	M	Tabla
Tasa mortalidad perioperatoria	M	Tabla
Número estancias potencialmente ambulatorias/total estancias	M	Tabla

M: Mensual; **T:** Trimestral; **A:** Anual

VII. BIBLIOGRAFIA

1. Instituto Nacional de Estadística: Estadística del padrón continuo a 1 de Enero de 2015. Datos a nivel nacional, comunidad autonoma y provincia. Disponible en:
<http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/e245/p04/a2015/l0/&file=00030001.px>
2. Portal Estadístico de la Región de Murcia. Recursos Sanitarios. Disponible en:
<http://econet.carm.es/web/crem/inicio/-/crem/sicrem/PM261/Indice1.html>
3. Expansión. Datosmacro.com. Murcia-Población. Disponible en:
<http://www.datosmacro.com/demografia/poblacion/espana-comunidades-autonomas/murcia>
4. Fuente: Servicio Informático y de contabilidad del HGU Los Arcos del Mar Menor
5. Manual de descripción de los grupos relacionados con el diagnóstico. Osakidetza. Disponible en:
http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_publicaciones/es_publi/adujtos/calidad/ManualAPGRDv.25.0.pdf
6. Plan de Calidad HGU Morales Meseguer. Plan estratégico. Informe final. Noviembre 1998. Disponible en: <http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/159726-PLAN.pdf>
7. The guide to clinical preventive services 2014. Disponible en:
<https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/clinicians-providers/guidelines-recommendations/guide/cpsguide.pdf>
8. Seminario 5 UNIR, Gestión clínica: Sugerencias sobre como diseñar, implantar y evaluar un plan de calidad. Mira Solves JJ. 2016. Disponible en:
http://saludonline.unir.net/cursos/lecciones/lecc_digesa06PER1_1/documentos/doc/seminario5.pdf
9. Lorenzo, S. Monográfico sobre gestión de procesos. Revista de Calidad Asistencial,.1999:14 (4).
10. Hospital Universitario de Getafe. Guia formativa de la unidad docente de COT. Disponible en:
<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urlidata&blobheader=application%2Fpdf&blobadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DGUÍA+FORMATIVA+COT.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DHospitalGetafe&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352869826230&ssbinary=true>
11. Evaluación de servicios de salud de las artroplastias de rodilla y cadera. Revisión de la literatura y consenso de indicadores. Disponible en:
http://aqua.gencat.cat/web/.content/minisite/aqua/publicacions/2015/documents/evaluacio_servicios_artroplastias_rodilla_cadera_aqua2015.pdf

12. Salas-García, A., Bosch, G., Buxeda-Figuerola, M. y Martínez-Olle, X. Plan anual de la calidad en un servicio de análisis clínicos. *Rev Lab Clin.* 2009; 2(1), 17–29.
13. Berger, Z., Flickinger, T.E., Pföh, E., Martínez KA and Dy SM. Promoting engagement by patients and families to reduce adverse events in acute care settings: a systematic review. *BMJ Qual Saf.* 2015. doi: 10.1136/bmjqqs-2012-001769.
14. Mira, J.J., Rodríguez-Marín, J., Peset, R., Ybarra, J., Pérez-Jover, V., Palazón, I. y Llorca E. . Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria. *Rev Calidad Asistencial.* 2002; 17, 273-283.
15. Mira, J.J., Carrillo, I., Lorenzo, S., Ferrús, L., Silvestre, C., Pérez-Pérez, P. et al. The aftermath of adverse events in Spanish primary care and hospital health professionals. *BMC Health Serv Res.* 2015; 15, 151.
16. Aranaz Andres, JM; Albar Remón C; Vitaller Burillo J y Mira Solves JJ. Gestión Sanitaria: Calidad y seguridad de los pacientes. Ediciones Díaz de Santos, S.A.; Edición: 1 (9 de diciembre de 2008).
17. Master en dirección médica y gestión clínica. Módulo 8. Gestión Clínica 1: Gobierno clínico. TEMA 3: La gestión por procesos en instituciones sanitarias. Lorenzo Martínez S, Mira Solves JJ y Moracho del Rio O. 165-229 Disponible en: http://calite.umh.es/data/docs/110/Gestion_procesos.pdf
18. Informes, estudios e Investigación (2008). *Prácticas Seguras Simples.* Madrid: Ministerio de Sanidad.
19. A. Combalía. Guías y vías de práctica clínica. *Clin Osteoarticular.* 2000;3; 5-8.
20. X. Gallart,R. Ramón,S. Suso,A. Combalía,J. Riba,S. García.Vía clínica de la artroplastia total de cadera. *Clin Osteoarticular.* 2000;3; 5-19.
21. Hospitales Top 20: Benchmarks para la excelencia. Disponible en: www.iasist.com
22. Sánchez-González, M., & Herreros, B. La bioética en la práctica. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2015;53(1),66-73.
23. Puig Fortuny D, Muñoz Pérez F, Oliver Roca J, Muntaner L. Consulta rápida de traumatología. *Medicina Balear* 2010;25(1);29-36. Disponible en:
http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/medicinaBalear/archives/Medicina_Balear_2010v25n1p029.dir/Medicina_Balear_2010v25n1p029.pdf
24. Memoria Hospital Obispo Polanco 2007. Sector Teruel. Disponible en:
<http://www.opolanco.es/documentos/memorias/MEMORIA2007.pdf>

25. Atención primaria basada en la evidencia. Hombro doloroso. Disponible en:
<http://www.ics.gencat.cat/3clics/main.php?page=GuiaPage&idGuia=106&comentaris=si&lang=CAS&expandida=1&expandida=1&expandida=1&expandida=1>
26. Protocolos terapéuticos y vías clínicas. Bonafont X, Casasín T. Disponible en:
<http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo1/cap1312.pdf>
27. Morgado I, Pérez AC, Moguel M, Pérez Bustamante FJ, Torres LM. Guía de manejo clínico de la artrosis de rodilla. Rev Soc Esp Dolor. 2005;12:289-302. Disponible en:
<http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v12n5/colaboracion.pdf>
28. Diagnóstico y tratamiento del síndrome del manguito rotador. GPC. Disponible en:
<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/617GRR.pdf>
29. Manual de Gestión por procesos. Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Delgado Velilla F, Mora JR. Hospital Infanta Cristina. Disponible en:
<http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017712.pdf>
30. Indicadores traumatología. Calidad Hosla. Disponible en:
<https://sites.google.com/site/calidadhosla/home/traumatologia/indicadores-traumatologa>
31. Indicadores UCIA Ortopedia y Traumatología. Disponible en:
<https://prezi.com/dqs8diwfioos/indicadores-ucia-ortopedia-y-traumatologia/>
32. Asenjo MA. Fundamentos de la planificación y gestión hospitalarias. En: Asenjo MA, editor. Gestión diaria del hospital. 3.^a ed. Barcelona: Masson; 2006:15–46.
33. Fundación Avedis Donabedian. Manual para equipos de mejora de calidad. Fundación Avedis Donabedian, (1996)
34. Indicadores de calidad para Hospitales del Sistema Nacional de Salud. Marzo 2012. Disponible en: <http://www.calidadasistencial.es/images/gestion/biblioteca/335.pdf>
35. Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud. Disponible en: <http://inclasns.msssi.es>