



Universidad Internacional de La Rioja
Facultad de Ciencias de la Salud
Máster Universitario en Dirección y Gestión
Sanitaria

Trabajo Fin de Máster

Propuesta de gestión de un Servicio de Radiodiagnóstico de un Hospital Secundario.

Presentado por:	Alejandro Puerta Sales
Asesorado por:	Jose Joaquín Mira Solves
Ciudad:	Murcia
Fecha:	28/01/2017

INDICE

1. PRÓPOSITO DEL DOCUMENTO.	4
2. MARCO GENERAL Y CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA SANITARIO DONDE SE LOCALIZA LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA.	5
2.1. EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD ESPAÑOL.	5
2.2. CARACTERÍSTICAS DEL SNS.	6
2.3. OBJETIVOS DEL SNS.	7
2.4. ORGANIZACIÓN DEL SNS	7
2.5. PRESTACIONES DEL SNS.	9
2.5.1. TITULARES DE LOS DERECHOS A LAS PRESTACIONES.	10
2.6. RECURSOS DEL SNS.	13
2.6.1. PRESUPUESTOS DEL SNS.	13
2.6.2. RECURSOS DEL SNS.	14
3. ANÁLISIS ESTRATÉGICO.	16
3.1. ANÁLISIS EXTERNO.	16
3.1.1. DATOS DEMOGRÁFICOS	19
3.1.2. RECURSOS SANITARIOS EN EL ÁREA VII DE LA REGIÓN DE MURCIA.	19
3.1.2.1. RECURSOS SANITARIOS DEL HGURS.	21
3.1.3. RECURSOS SOCIALES Y COMUNITARIOS DEL ÁREA VII DE LA REGIÓN DE MURCIA.	22
3.1.4. ACRIVIDAD ASISTENCIAL EN EL HGURS.	23
3.1.5. PLAN ESTRATÉGICO DEL HGURS.	23
3.2. ANÁLISIS INTERNO DEL SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO DEL HGURS.	23
3.2.1. ESTRUCTURA FUNCIONAL DEL SERVICIO.	23
3.2.2. RECURSOS HUMANOS.	25
3.2.3. CARTERA DE SERVICIOS DEL SERVICIO.	25
3.2.4. ACTIVIDAD ASISTENCIAL DEL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO.	26
3.2.5. PROCESO CORPORATIVO DEL SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO.	27
3.2.6. PREVISIÓN DE LA DEMANDA. MATRIZ DAFO.	27
3.2.6.1. PREVISIÓN DE LA DEMANDA.	27

3.2.6.2. MATRIZ DAFO DE LA ESPECIALIDAD DE RADIODIAGNOSTICO.	28
3.2.6.3. MATRIZ DAFO DEL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL HGURS.	29
4. PLAN DE ACTUACIÓN DE LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA.	32
4.1. MISIÓN.	32
4.2. LÍNEAS Y OBJETIVOS ESTRATÉGICAS.	33
4.3. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	40
4.3.1. GESTIÓN POR PROCESOS.	41
4.3.1.1. MAPA DE PROCESOS DE LA UNIDAD.	41
4.3.1.2. PROCESOS ESTRATÉGICOS, OPERATIVOS, DE SOPORTE.	41
4.3.2. CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE.	44
4.3.3. ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE.	45
4.3.3.1. PROGRAMA DE SPEAK UP.	47
4.3.4. GUÍAS CLÍNICAS Y RUTAS ASISTENCIALES PARA UNA ATENCIÓN INTEGRADA.	49
4.3.4.1. GUÍA DE UTILIZACIÓN DE CONTRASTE IODADO.	51
4.3.5. DOCENCIA Y FORMACIÓN CONTINUADA.	53
4.3.5.1. DOCENCIA.	53
4.3.5.2. FORMACIÓN CONTINUADA.	56
4.3.6. ACTIVIDAD INVESTIGADORA.	57
4.4. MONITORIZACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN: CUADRO DE MANDO.	58
5. CURRÍCULUM DEL CANDIDATO.	63
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	82
7. ANEXOS.	86

1. PROPÓSITO DEL DOCUMENTO

El propósito de este documento es la realización de una memoria para optar al puesto de Jefe de Servicio (nivel 28) de Radiodiagnóstico del Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia.

Habiendo cumplido los requisitos mínimos (ser médico con el título de la especialidad correspondiente, y tener plaza en propiedad), y siendo apto para optar al puesto, en la convocatoria del concurso se especifica que es necesario presentar una memoria, que debe de contener, como mínimo, los siguientes apartados:

- Marco general y características del sistema sanitario donde se localiza la unidad de gestión clínica.
- Análisis estratégico (incluyendo análisis externo e interno de la unidad).
- Plan de actuación de la unidad de gestión clínica.
- Currículo actualizado del candidato, donde se especifican méritos que pueden resultar esenciales para la actividad de la jefatura, y la trayectoria laboral.
- Referencias bibliográficas utilizadas.
- Anexos, documentos a los que se refieran los distintos apartados.

2. MARCO GENERAL Y CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD ESPAÑOL.

2.1. EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD ESPAÑOL.

En la actualidad en España rige un Sistema Nacional de Salud (SNS), instaurado y definido por la Ley 14/1986, Ley General de Sanidad (LGS). Este SNS se configura como el conjunto coordinado de los servicios de salud de la Administración del Estado y de las Comunidades Autónomas, y que integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que, de acuerdo con la ley, son responsabilidad de los poderes públicos.

Para llegar a este punto se ha producido una evolución muy importante, dado que el SNS español se ha caracterizado a lo largo de la historia por la falta de equilibrio entre las estructuras sanitarias y las necesidades.

La LGS supuso el paso definitivo de un modelo basado en seguros sociales (modelo Bismarck), al actual SNS (modelo Beveridge) financiado con impuestos generales y de cobertura prácticamente universal. En el entorno europeo, como vemos en la tabla siguiente, se emplean ambos modelos.

Tabla 3. Modelos de Sistemas de Salud en el Entorno de la UE.

SISTEMA	MODELO BEVERIDGE SISTEMA NACIONAL DE SALUD	MODELO BISMARCK SEGURIDAD SOCIAL
Inspiración	Informe Beveridge (1942) que formaliza la organización adoptada por Suecia en 1930	Legislación social de Alemania de 1883
Concepto	Reconocimiento del derecho de todo ciudadano a la protección de la salud	Conveniencia de cubrir el riesgo de enfermar de los trabajadores
Nivel de cobertura	Universal	Obligatoria inicialmente para los trabajadores (tendente a la universalidad)
Sistema de financiación	Por impuestos (presupuestos generales del estado)	Cotizaciones sociales obligatorias de empresarios y trabajadores
Medios de producción	Básicamente de propiedad pública	Propiedad pública y privada
Prestación de servicios	Básicamente pública	Pública y privada
Países	Reino Unido, Italia, España, Italia, Grecia, Portugal, Noruega, Finlandia, Suecia y Dinamarca.	Alemania, Francia, Suiza, Holanda, Turquía, Austria, Bélgica, Luxemburgo

Tomado de Macia ML, Moncho, J. Sistema nacional de salud español. Características y análisis. Enferm Glob 2007; 10: 1-14.

La LGS estableció la creación del SNS y los criterios básicos de aplicación en todo el territorio, que habían de ser desarrollados por las CCAA. Así, indica la integración en cada Comunidad de todos los Servicios Sanitarios: “En cada Comunidad Autónoma se constituirá un Servicio de Salud integrado por todos los Centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad, Diputaciones, Ayuntamientos y cualesquiera otras administraciones territoriales intercomunitarias, que estará gestionado bajo la responsabilidad de la respectiva Comunidad Autónoma”.

Y en el artículo 47 se crea el Consejo Interterritorial del Sistema de Salud como el órgano permanente de comunicación e información de los distintos Servicios de Salud, entre ellos mismos y con la administración central. El Consejo Interterritorial se gestiona directamente desde el Ministerio de Sanidad y es el organismo que debe garantizar los principios de igualdad en todo el Estado Español en materia de prestaciones sanitarias, profesionales sanitarios, farmacia, investigación sanitaria, sistemas de información, calidad del sistema sanitario, planes integrales, acciones conjuntas en salud pública y participación de los ciudadanos y profesionales

Entre 1986 y 2003 se produce la descentralización de competencias sanitarias en distintas Autonomías, quedando las competencias definitivamente descentralizadas a partir de la promulgación de la Ley de Cohesión de la calidad del SNS 16/2003 de 28 de Mayo. La ley recoge que el SNS se orienta hacia resultados en materia de salud para la población, garantizando los principios de equidad, calidad y participación ciudadana.

Posteriormente se promulgó el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS, y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

Esta norma desarrolla algunas medidas polémicas, como es la vuelta a los conceptos de asegurado y beneficiario del sistema público, o el sistema de copago introducido para algunas prestaciones de la nueva cartera común suplementaria.

2.2. CARACTERÍSTICAS DEL SNS.

Los aspectos más relevantes, recogidos en la LGS son:

- Financiación pública a través de impuestos (presupuestos del Estado).
- Acceso universal y equitativo para todos los ciudadanos a los servicios y prestaciones.
- Gratuidad de las prestaciones en el momento de recibirlas.

- Definición de los derechos y deberes de los ciudadanos y de los poderes públicos.
- Descentralización política de competencias sanitarias en las CCAA, manteniendo la solidaridad del sistema.
- Prestación de atención integral a la salud con niveles de calidad adecuados y controlados, para asegurar un sistema coherente, armónico y eficaz.
- Coordinación interterritorial garantizada.

2.3. OBJETIVOS DEL SNS.

Los objetivos del SNS son principalmente:

- La promoción de la salud.
- La educación sanitaria de la población.
- La prevención de enfermedades.
- La garantía de asistencia sanitaria en todos los casos de pérdida de la salud, rehabilitación y reinserción social del paciente.

2.4. ORGANIZACIÓN DEL SNS.

Los aspectos estructurales y organizativos más destacados de la LGS son:

- Crea un sistema sanitario público.
- Establece dos niveles asistenciales: atención primaria y asistencia especializada.
- Dispone la distribución de las competencias de las Administraciones Públicas, reservando al Estado las facultades de dirección en lo básico y las de coordinación, mientras que los servicios sanitarios quedan bajo la responsabilidad de las CCAA.
- Diseña una ordenación novedosa del sistema sanitario público, donde las áreas de salud se configuran como las estructuras fundamentales del SNS.

Así, desde un punto de vista organizativo, pueden identificarse tres niveles: central, autonómico, y áreas de salud.

a) El órgano fundamental de la administración central del Estado es el Ministerio de Sanidad y Consumo, encargado de la propuesta y ejecución de las directrices generales del gobierno sobre la política de salud, planificación y asistencia sanitaria y consumo.

b) En las Comunidades Autónomas (CCAA) se constituye el Servicio de Salud, es decir, la estructura administrativa y de gestión integrada. El Consejo Interterritorial del SNS coordina a los Servicios de Salud entre ellos, y a éstos con la Administración del Estado.

Las competencias sanitarias de las distintas administraciones públicas se distribuyen de acuerdo lo establecido en la LGS y la Ley de Cohesión y Calidad del SNS (Figura 2).

COMPETENCIAS DE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS EN MATERIA SANITARIA		
CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SNS	ADMINISTRACIÓN DEL ESTADO	Bases y coordinación de la sanidad
		Sanidad exterior
		Política del medicamento
		Gestión de INGESA
	COMUNIDADES AUTÓNOMAS	Planificación Sanitaria
		Salud Pública
CORPORACIONES LOCALES		Gestión Servicios de Salud
		Salubridad
		Colaboración en la gestión de los Servicios Públicos

Fuente: Reparto de competencias según la Constitución Española de 1978; Ley 14/1986, de 25 de abril, Ley General de Sanidad y la Ley 16/2003 de 29 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

Figura 2. Distribución de las competencias de las Administraciones Públicas en materia sanitaria.

c) Las áreas de salud, las estructuras fundamentales del sistema sanitario, responsables de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del servicio de salud de la CCAA en su demarcación territorial y de las prestaciones sanitarias y programas sanitarios por ellos desarrollados. Se delimitan teniendo en cuenta factores geográficos, demográficos, socioeconómicos, laborales, epidemiológicos, culturales, climatológicos, vías de comunicación e instalaciones sanitarias, así como de las dotaciones sanitarias del área. Para su delimitación se establece el límite mínimo de un área por provincia, y una población de 200.000/250.000 habitantes.

A su vez, las áreas de salud se dividen en zonas básicas de salud, que constituyen el marco territorial de la Atención Primaria de Salud. Cada área de salud estará vinculada o dispondrá, al menos, de un hospital general con los servicios que aconseje la población a asistir, su estructura demográfica y sus problemas de salud.

En las áreas de salud se establecen dos niveles o entornos asistenciales (Tabla 1):

- Los servicios sanitarios de primer nivel (atención primaria) que se caracterizan por la capacidad de resolución técnica para abordar íntegramente los problemas de salud de alta prevalencia.
- El segundo nivel (atención especializada) que cuenta con los medios diagnósticos y/o terapéuticos de mayor complejidad y consecuentemente de mayores costes asociados.

	Atención primaria	Atención especializada
Características	Accesibilidad	Complejidad técnica
Actividades	Promoción de la salud y de prevención de la enfermedad con capacidad de resolución técnica para abordar de forma completa los problemas de salud más frecuentes	Cuneta con los medios diagnósticos y terapéuticos de mayor complejidad y coste cuya eficiencia aumenta si se concentran
Acceso	Espontáneo	Por indicación de los facultativos de atención primaria

	Atención primaria	Atención especializada
Dispositivo asistencial	Centros de salud y consultorios locales	Centros de especialidades y hospitales
Régimen de atención	En el centro y en el domicilio del ciudadano	De manera ambulatoria o con internamiento

Tabla 1. Niveles asistenciales.

2.4.1. MODELOS DE GESTIÓN.

En la actualidad coexisten, fundamentalmente, dos modelos:

El de gestión tradicional donde la propiedad de los medios y la gestión son públicas.

El modelo de propiedad pública y la gestión la realiza una empresa privada.

Además, dentro de ambos modelos, existe un movimiento progresivo de gestión moderna, que tiende a utilizar la gestión por procesos, métodos de pago avanzados (utilización de GRDs)...

Esta modernización comenzó a aplicarse en Cataluña en la década de los 80 del pasado siglo y se fue extendido por todas las CCAA, y por ejemplo, cada vez resulta más frecuente asistir a la voluntariedad de los procesos de acreditación.

2.5. PRESTACIONES DEL SNS.

Las CCAA actualmente tienen plena competencia en Planificación Sanitaria, Salud Pública y Asistencia sanitaria. La asistencia sanitaria se recibe en forma de prestaciones recogidas en un catálogo y en condiciones de igualdad para todos los ciudadanos.

El catálogo de prestaciones asistenciales que recibe el ciudadano se define como “el conjunto de servicios preventivos terapéuticos, rehabilitadores y de promoción de la salud dirigidos a los ciudadanos, que comprende las prestaciones de salud pública, asistencia primaria, especializada, sociosanitaria, urgencias, farmacia, ortoprótesis, productos dietéticos y transporte sanitario”.

Las prestaciones sanitarias del SNS las podemos agrupar en:

1. Asistencia sanitaria (ver capítulo siguiente, titulares de los derechos a las prestaciones).

2. Prestaciones Farmacéuticas:

A diferencia de las otras prestaciones, pueden estar cofinanciadas por los usuarios (Figura 3).

	ACTIVOS	PENSIONISTAS
Perceptores de rentas mínimas de inserción, de pensiones no contributivas, parados sin prestaciones, desempleo y situaciones análogas. ¹⁶	0%	0%
Rentas inferiores a 18 000 €	40%	10% (límite máximo de 8 € al mes)
Rentas iguales o superiores a 18 000 € e inferiores a 100 000 €	50%	10% (límite máximo de 18 € al mes)
Rentas iguales o superiores a 100 000 €	60%	60% (límite máximo de 60 € al mes)
Medicamentos de aportación reducida	10% (límite máximo de aportación resultante de la actualización del IPC a la aportación máxima vigente)	
Mutualidades y clases pasivas	30%	

Observaciones: ¹⁶ Afectados de Síndrome Tóxico y personas con discapacidad en los supuestos contemplados en su normativa específica. Tratamientos derivados de accidentes de trabajo y enfermedad profesional.

Fuente: Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

Figura 3. Financiación de los medicamentos con cargo a los fondos de la Seguridad Social.

3. Prestaciones complementarias:

Hemoterapia, diagnóstico y tratamiento de la infertilidad, diagnóstico prenatal en grupos de riesgo, diagnóstico por imagen, laboratorios, litotricia renal, planificación familiar, radiología intervencionista, radioterapia y trasplantes, entre otros.

4. Otras prestaciones:

Transporte sanitario, oxigenoterapia domiciliaria, ortoprótesis (excepto prótesis dentales).

2.5.1. TITULARES DE LOS DERECHOS A LAS PRESTACIONES.

En España son titulares de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, aquellas personas que tienen la condición de asegurado. El acceso se hace a través de la Tarjeta Sanitaria Individual expedida por cada Servicio de Salud y no se exige una declaración previa del estado de salud, no existe un período de carencia para tener derecho a la totalidad de las prestaciones y el usuario no contribuye al coste del servicio en el momento del uso, salvo en los medicamentos prescritos a nivel ambulatorio.

La condición de asegurado la reúnen: todos los españoles y los extranjeros en el territorio español; los nacionales de los estados miembros de la unión europea que tienen los derechos que resulten del derecho comunitario europeo y de los convenios que suscribe el estado español; y, los nacionales de Estados no pertenecientes a la unión europea que tienen los derechos que les reconozcan las leyes y convenios.

Así, la asistencia sanitaria en aplicación de reglamentos comunitarios y convenios internacionales resulta en:

1. Las personas con derecho a asistencia sanitaria en aplicación de los reglamentos comunitarios de coordinación de sistemas de Seguridad Social o de los convenios bilaterales que comprendan la prestación de asistencia sanitaria, tendrán acceso a la misma, siempre que residan en territorio español o durante sus desplazamientos temporales a España, en la forma, extensión y condiciones establecidos en las disposiciones comunitarias o bilaterales indicadas.
2. En ningún caso tendrán la consideración de extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España a los efectos previstos en el artículo 3 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, los nacionales de los Estados miembros de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo o de Suiza que se encuentren en la situación de estancia inferior a tres meses regulada en el artículo 6 del R.D. 240/2007, de 16 de febrero, sobre entrada, libre circulación y residencia en España de ciudadanos de los Estados miembros de la Unión Europea y de otros Estados parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo. Extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España: Los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España, recibirán asistencia sanitaria en las siguientes modalidades:

1. Asistencia sanitaria de urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica.
2. A partir de 01-09-2013, los extranjeros menores de dieciocho años residentes en España a los que se refiere el artículo 3 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, tendrán derecho a la

asistencia sanitaria pública por el SNS con la misma extensión reconocida a las personas que ostentan la condición de aseguradas, siendo el tipo de aportación del usuario para las prestaciones de la cartera de servicios del SNS que la exijan el correspondiente a los asegurados en activo.

3. A partir de 01-09-2013, las mujeres extranjeras embarazadas a las que se refiere el artículo 3 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, tendrán derecho a que el SNS les proporcione la asistencia al embarazo, parto y postparto con la misma extensión reconocida a las personas que ostentan la condición de aseguradas, siendo el tipo de aportación de la usuaria para las prestaciones de la cartera de servicios del SNS que la exijan el correspondiente a los asegurados en activo.

Prestación de asistencia sanitaria para solicitantes de protección internacional:

- Las personas solicitantes de protección internacional cuya permanencia en España haya sido autorizada por este motivo recibirán, mientras permanezcan en esta situación, asistencia sanitaria con la extensión prevista en la cartera común básica de servicios asistenciales del SNS regulada en el artículo 8 bis de la Ley 16/2003, de 28 de mayo.
- Asimismo, se proporcionará la atención necesaria, médica o de otro tipo, a los solicitantes de protección internacional con necesidades especiales.
- La competencia para el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria corresponde a las CCAA/Servicios Públicos de Salud.

Prestación de asistencia sanitaria para víctimas de trata de seres humanos en periodo de restablecimiento y reflexión:

- Las víctimas de trata de seres humanos cuya estancia temporal en España haya sido autorizada durante el período de restablecimiento y reflexión recibirán, mientras permanezcan en esta situación, asistencia sanitaria con la extensión prevista en la cartera común básica de servicios asistenciales del SNS regulada en el artículo 8 bis de la Ley 16/2003, de 28 de mayo.
- Asimismo, se proporcionará la atención necesaria, médica o de otro tipo, a las víctimas de trata de seres humanos con necesidades especiales.
- La competencia para el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria corresponde a las CCAA/Servicios Públicos de Salud.

De esta información se puede extraer que:

- Los ciudadanos de un país miembro de la UE, del espacio económico europeo y de Suiza están cubiertos.

- Los extranjeros no registrados o autorizados como residentes serán tratados en caso de enfermedad grave o accidente para cualquier edad, en cualquier caso si son menores de 18 años y para las embarazadas.
- Los extranjeros a los que se les ha autorizado a residir en España por motivos de protección internacional, y a los solicitantes con necesidades especiales.
- Los extranjeros a los que se les ha autorizado a residir en España por motivos de trata de seres humanos, y a los solicitantes con necesidades especiales.

Aunque se especifica que serán las comunidades autónomas las que se encargarán de establecer el reconocimiento de la asistencia, así que puede ser diferente según la autonomía.

Por último, comentar que los asegurados de regímenes especiales de la Seguridad Social gestionados por la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, La Mutualidad General Judicial y el Instituto Social de las Fuerzas Armadas, pueden optar por provisión sanitaria pública (SNS) o privada (entidades de seguro). Las personas adscritas en dichas mutualidades que optan por recibir asistencia sanitaria a través de las entidades de seguro deberán ser atendidas en los centros sanitarios concertados por estas entidades; si recibieran asistencia sanitaria en centros sanitarios públicos, el gasto derivado será reclamado al tercero obligado.

2.6. RECURSOS DEL SNS.

2.6.1. PRESUPUESTO DEL SNS.

En la mayoría de países de la OCDE se está produciendo un incremento del gasto para mantener la salud de la población, siendo el Estado el responsable de la cobertura sanitaria.

La financiación del SNS español se realiza vía impuestos, estando incluida en los presupuestos de cada CCAA. Tiene carácter no contributivo y contiene dos fondos adicionales, el de Cohesión, gestionado por el propio Ministerio de Sanidad, y el Programa de Ahorro temporal e incapacidad temporal.

Esta descentralización queda plasmada en la Ley 21/2001 de 27 de Diciembre por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del sistema de financiación de las CCAA, y se fundamenta en los siguientes principios:

- Generalidad. Este principio abarca la financiación de todas las competencias susceptibles de traspaso a las CCAA.
- Estabilidad. Es un principio que pretende garantizar la permanencia e implícitamente la planificación a largo plazo.

- Suficiencia. Que garantiza los recursos necesarios en cada CCAA.
- Autonomía. Amplia la potestad fiscal de las autonomías en la toma de decisiones en materia fiscal, tanto en la forma de obtener sus recursos como en las condiciones de prestación de servicios.
- Solidaridad. Garantiza la equivalencia de servicios entre CCAA.
- Coordinación. Con este principio el sistema de financiación incorpora normas concretas de localización y administración de los tributos cedidos a las CAA así como la colaboración con la administración en gestión, liquidación, recaudación e inspección de tributos y en la revisión de actos de gestión tributaria con el fin de dar mayor seguridad y estabilidad al ejercicio de las potestades fiscales de las CCAA.

Los datos de España (2010) sitúan el gasto sanitario en casi 101000 millones de euros, lo que supone un 9,6% del PIB. El gasto sanitario público es de casi 75000 millones de euros, lo que supone un 74,2% del gasto sanitario total del país, representa el 7,1% del PIB, y supone un gasto por habitante de 1.622 euros.

Los servicios hospitalarios y especializados representan más de la mitad del gasto (56,0% y 38.588 millones de euros), seguidos por el gasto farmacéutico (19,4% y 13.380 millones de euros) y los servicios de atención primaria de salud (15,5% y 10.651 millones de euros).

Los servicios de salud pública suponen únicamente el 1,1% del gasto.

2.6.2. RECURSOS DEL SNS.

A partir de la promulgación de las Leyes de Cohesión de la Calidad del SNS y de la Ley de Regulación de Medidas Fiscales, las competencias en materia de salud quedan descentralizadas desde el Estado hacia las CCAA, lo que garantiza su capacidad de distribución y organización de los recursos sanitarios y sociosanitarios, así como de emplear los modelos de gestión de acuerdo a sus propios criterios.

Con datos del Ministerio de Sanidad, a fecha de 2013, de los 764 hospitales que estaban en funcionamiento en España, el SNS era titular de 453:

- 325 centros de dependencia pública.
 - 14 centros privados que mantenían un concierto sustitutorio.
 - 92 centros que formaban parte de una red de utilización pública.
 - 22 Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social.
- Clasificados por su actividad asistencial:

- 280 hospitales generales.
- 34 hospitales especializados.
- 93 centros de media y larga estancia.
- 46 centros dedicados a la salud mental y las toxicomanías.

Los 453 hospitales del SNS ofertaban 109.484 camas, un 79,2% de las 138.153 del total del país. La tasa de camas en funcionamiento en España era de 3,0 por cada 1.000 habitantes. Por CCAA únicamente reseñar que la Región de Murcia se encuentra entre las que presenta una de las menores tasas de camas por 1000 habitantes, para un total de 2,0 camas por 1000 habitantes.

3. ANÁLISIS ESTRATÉGICO.

En este apartado realizaremos un análisis externo (del Área VII de la Región de Murcia y el Hospital General Universitario Reina Sofía (HGURS)), y posteriormente un análisis interno del Servicio de Radiodiagnóstico del HGURS.

3.1. ANÁLISIS EXTERNO.

El Servicio Murciano de Salud (SMS) es el organismo, perteneciente al SNS, encargado del sistema de prestaciones sanitarias públicas de la Región de Murcia (Comunidad Autónoma dentro del estado español).

La organización territorial dentro del SMS está definida en el Decreto 27 / 1987 del 7 de mayo, en el que se delimitaban las Áreas de Salud de la Región de Murcia. En este punto la Región se dividía en seis Áreas. Tras la Orden del 24 de abril de 2009 aparecida en el BORM del 7 de mayor de 2009 (realizada por la Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno Murciano) se modificaron las Áreas, quedando la división hasta la fecha de la siguiente manera:

Área	Denominación	Hospital de referencia
I	Murcia/Oeste	Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca"
II	Cartagena	Hospital Universitario "Santa María del Rosell".
III	Lorca	Hospital "Rafael Méndez"
IV	Noroeste	Hospital Comarcal del Noroeste
V	Altiplano	Hospital "Virgen del Castillo"
VI	Vega Media del Segura	Hospital Universitario "Morales Meseguer"
VII	Murcia/Este	Hospital General Universitario "Reina Sofía"
VIII	Mar Menor	Hospital "Los Arcos"
IX	Vega Alta del Segura	Hospital "Vega del Río Segura"

Dentro de este análisis externo me centraré en el Área VII, Área donde se encuentra el HGURS y donde opto a la plaza de jefatura, haciendo alguna referencia al global de la Región de Murcia.



El Área VII de la Región de Murcia se encuentra situada al este de la Región, y tiene una superficie de 275 km². Está estructurada en 12 Zonas Básicas de Salud (definidas por sus Centros de Salud):

Beniel

Murcia/Vistabella

Murcia/Beniaján

Murcia/Alquerías

Murcia/PuenteTocinos

Murcia/Monteagudo

Murcia/BarriodeElCarmen

Murcia/InfanteJuanManuel

Santomera

Murcia/SantiagoElMayor

Murcia/Floridablanca

Murcia / Llano de Brujas



Estos Centros de Salud tienen en el HGURS, hospital de segundo nivel, su hospital de referencia.

3.1.1. DATOS DEMOGRÁFICOS

El Área de Salud VII - Murcia Este atendía a una población de 198732 usuarios de tarjetas individuales sanitarias en Enero de 2016 (en 2012 era de 200215 habitantes, con una densidad de población de 728,05 habitantes/km², por lo que se produjo una leve disminución de población).

Los municipios que abarca son Murcia ciudad (en parte), Beniel y Santomera.



Otros datos demográficos del Área VII se incluyen como Anexo 1.

3.1.2. RECURSOS SANITARIOS EN EL ÁREA VII DE LA REGIÓN DE MURCIA.

Como ya comentábamos, el Área dispone de un hospital público de referencia y de 12 Centros de Salud. También se encuentra situado en esta área de salud el Centro de Hemodonación.

El Instituto de Medicina Legal, encargado de auxiliar a los Juzgados, Tribunales, Fiscalías y Oficinas de Registro Civil de la Región de Murcia, mediante la práctica de pruebas periciales médicas, tanto tanatológicas como clínicas y de laboratorio, así como de realizar actividades de

docencia e investigación relacionada con la medicina forense, también se encuentra dentro de las instalaciones del HGURS.

En cuanto a los recursos del Área VII de Salud Mental, disponemos de:

Recursos hospitalarios:

* Servicio Hospitalario de Psiquiatría del HGURS, que incluye la Unidad Psiquiátrica de Corta Estancia Psiquiátrica, la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA) y la Unidad Hospitalaria de Patología Dual.

Recursos Ambulatorios:

* Centro de Salud Mental Infante.

* Centro de Atención a al Drogodependencia, aunque el CAD de Murcia funciona como un centro metropolitano y atiende a los paciente del Área I, Área VI y Área VII.

Además cuenta con los siguientes Consultorios:

Consultorio Barriomar

Consultorio Cabezo de la Plata

Consultorio Cañadas de San Pedro

Consultorio Casillas

Consultorio Cobatillas

Consultorio El Esparragal (Murcia)

Consultorio El Raal

Consultorio Los Dolores

Consultorio Los Ramos

Consultorio Matanzas

Consultorio Orilla Del Azarbe

Consultorio Patiño

Consultorio San José de la Vega

Consultorio Santa Cruz

Consultorio Torreagüera

Consultorio Zeneta

SUAP DE SANTOMERA:

1. ZBS Santomera
2. ZBS Alquilerías
3. ZBS Monteagudo
4. ZBS Llano de Brujas

SUAP DE INFANTE:

1. ZBS Infante (menos Patiño y El Progreso)
2. ZBS Bº del Carmen (mas Rincón de Seca)
3. ZBS Aljucer
4. ZBS Mu-Centro (la mitad)
5. ZBS Vistabella
6. ZBS Puente Tocinos

PAC DE BENIEL:

1. ZBS Beniel

El antiguo Hospital General Universitario fue derribado en 1999, planificándose un nuevo complejo hospitalario para la ciudad de Murcia que fue inaugurado en enero de 2005, pasando a denominarse HGURS.

El hospital se encuentra situado en el centro de la ciudad de Murcia, a orillas del río Segura, en la avenida Intendente Jorge Palacios nº 1, está construido sobre una superficie de 15.600m² (solar), con 98.583m² edificados, distribuidos en 7 plantas y 3 sótanos. Tiene unas

características arquitectónicas avanzadas, cuenta con helipuerto con acceso directo mediante ascensor a quirófano, a UCI en la planta 2ª y a Radiología en la planta baja. Dispone de 330 camas con la siguiente distribución:

- * 108 camas de hospitalización quirúrgica.
- * 210 camas de hospitalización médica.
- * 12 camas de UCI.
- * 18 camas de observación en urgencias.
- * 12 quirófanos.

Todas las aulas, salas de espera y zonas comunes tienen instalación de gases medicinales y conexiones eléctricas, convenientemente disimuladas, de forma que en caso de una catástrofe se puedan habilitar 100 camas más.

Cuenta con una red informática interna completa de nivel 6. Cada quirófano tiene instalado un sistema informático independiente que controla y garantiza su funcionamiento y al mismo tiempo permite, en tiempo real, el acceso a todos los datos asistenciales del paciente.

Se incluye la cartera de servicios del Hospital en el Anexo 2, y los recursos humanos del centro en el Anexo 3.

3.1.3. RECURSOS SOCIALES Y COMUNITARIOS DEL ÁREA VII DE LA REGIÓN DE MURCIA.

Los servicios sociales del municipio de Murcia están integrados en la Concejalía de Derechos Sociales del Ayuntamiento de Murcia. En este documento se puede apreciar los distintos servicios que presta <https://www.murcia.es/serviciosociales/pdf/Menu/Servicios.pdf>

Dentro del área de salud mental destaca el programa de Salud Mental de la Región de Murcia, http://www.murciasalud.es/salud_mental.php?c=pagina&a=ver&iddoc=245499&idsec=898.

Sobre el voluntariado en el HGURS:

<https://aledoweb.wordpress.com/2016/04/17/voluntariado-hospital-reina-sofia/>

Guía para escuela de padres del SMS:

[https://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=10715&IDTIPO=246&RASTRO=c943\\$m4331,4330](https://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=10715&IDTIPO=246&RASTRO=c943$m4331,4330)

Programa de atención al niño maltratado:

[https://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=11671&IDTIPO=11&RASTRO=c566\\$m6110](https://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=11671&IDTIPO=11&RASTRO=c566$m6110)

Con guía incluida:

[https://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=558&IDTIPO=246&RASTRO=c566\\$m6110](https://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=558&IDTIPO=246&RASTRO=c566$m6110)

3.1.4. ACTIVIDAD ASISTENCIAL DEL HGURS

Los datos de la actividad asistencial del Hospital General Universitario Reina Sofía de los últimos 5 años se presentan en forma de tabla en el Anexo 4.

3.1.5. PLAN ESTRATÉGICO DEL HGURS.

Incluido como Anexo 5.

3.2. ANÁLISIS INTERNO DEL SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO DEL HGURS.

Vamos a realizar un análisis del Servicio de Radiodiagnóstico del HGURS, Servicio que inició su actividad asistencial en 2005.



3.2.1. ESTRUCTURA FUNCIONAL DEL SERVICIO.

El Servicio se estructura en áreas de competencia centradas en los médicos radiólogos:

- Neurorradiología y cabeza y cuello.
- Radiología body (tórax, abdomen y pelvis).
- Radiología de mama.
- Radiología músculo-esquelética.
- Radiología vascular e intervencionista.

La estructura de dirección y gestión del Servicio es sencilla, dado que no presenta jefaturas de sección:

- Jefe de Servicio (del que dependen los médicos, tanto adjuntos como residentes). Su plaza fue asignada mediante presentación de méritos.

Las funciones básicas del jefe de servicio son:

Asegurar la correcta atención a los clientes internos y/o externos, la búsqueda de información sobre sus problemas; las alternativas para solucionarlos y su asesoramiento.

Diseñar y mantener una estrategia de comunicación que permita al equipo de trabajo identificar claramente los objetivos del servicio bajo su dirección.

Animar y motivar al equipo de trabajo que conforma el servicio bajo su dirección.

Dirigir la elaboración de forma participativa de los objetivos del servicio y de la memoria anual de gestión de las unidades que tenga encomendadas, bajo las directrices de la gerencia.

Dirigir, planificar, programar y coordinar las actuaciones del personal, de tal forma que sus efectivos dispongan de objetivos definidos para la realización de su trabajo.

Ejecutar con eficacia las directrices superiores para la consecución de objetivos.

El Jefe de Servicio depende en el aspecto médico del Director Médico, y en los aspectos de gestión del Director Gerente.

- Supervisor de Enfermería (del que dependen los auxiliares de enfermería, los enfermeros y los técnicos especialistas en radiodiagnóstico). También obtenida mediante presentación de méritos.

Planificar, organizar y dirigir las actividades del personal a su cargo, así como los recursos humanos y materiales.

Evaluar la calidad de la atención prestada por el personal a su cargo.

Colaborar con el resto de profesionales del servicio para lograr los objetivos marcados por gerencia.

Coordinar, junto con el Jefe de Servicio, los procesos de atención al paciente y de evaluación de los programas específicos del servicio.

El Supervisor de enfermería depende del Director de Enfermería en sus aspectos asistenciales, y del Director Gerente a través del Jefe de Servicio en los gerenciales.

- Jefa de Servicio de Admisión (de la que dependen funcionalmente los administrativos, aunque de facto su trabajo depende del Jefe de Servicio). Obtenida mediante presentación de méritos.

Como jefe, son las mismas que las establecidas para el Jefe de Servicio de Radiología.

- Jefe de Celadores del Hospital (de la que dependen funcionalmente los celadores, aunque de facto su trabajo depende tanto del Jefe de Servicio como del Supervisor de Enfermería). Obtenida mediante presentación de méritos.

3.2.2. RECURSOS HUMANOS.

Se puede dividir el Servicio, para mayor sencillez, en un grupo médico, otro formado por enfermeros, técnicos de radiología y auxiliares de enfermería (personal sanitario no médico), y otro de celadores y administrativos (personal no sanitario).

El Servicio se compone de:

- Médicos Radiólogos:

Un Jefe de Servicio y de 15 Facultativos Especialistas de Área

Actualmente el número de plazas acreditadas es de 1 residente por año, con cuatro residentes en total en el momento actual.

- Enfermeros:

13 enfermeros.

- Técnicos superiores en Radiología:

18 TER.

- Auxiliares de Enfermería:

14 Auxiliares.

- Celadores:

7 celadores.

- Administrativos:

5 administrativos.

3.2.3. CARTERA DE SERVICIOS DE RADIOLOGÍA.

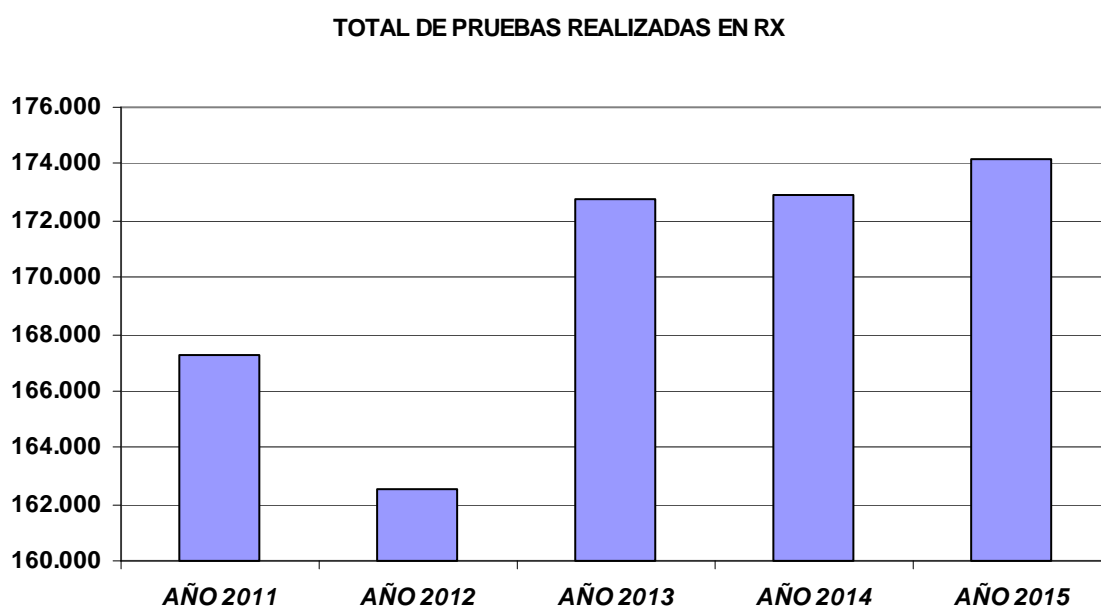
La cartera de servicios de radiología de nuestro centro se agrupa por modalidades de obtención de imágenes y/o por subespecialidades radiológicas en los siguientes capítulos:

- Radiología simple
- TC, incluyendo estudios diagnósticos de todo el cuerpo, así como punciones, biopsias o drenajes percutáneos guiados por TC.
- RM, dividida en las áreas de neurorradiología, body y sistema musculoesquelético.
- Mamografía, que incluye mamografía convencional, galactografía, quistografía, ecografía mamaria, y punciones o biopsias de mama guiadas.
- Pruebas especiales: estudios contrastados del aparato genitourinario y digestivo.
- Ecografía, que abarca estudios diagnósticos por ultrasonidos en todas las áreas anteriores, incluyendo ecografía Doppler, técnicas intervencionistas guiadas por ecografía, ecografía con contrastes y elastografías.

Se incluye en el Anexo 6.

3.2.4. ACTIVIDAD ASISTENCIAL DEL SERVICIO DE RADIOLOGÍA.

	AÑO 2011	AÑO 2012	AÑO 2013	AÑO 2014	AÑO 2015
CPRE	80	44	44	74	67
Despistaje Ca.(screening)	136	79	78	61	16
Eco Doppler	3.358	3.587	3.658	3.870	4.011
Ecografía Mama Intervencionista	14.018	11.126	12.248	10.739	11.205
Mamografías resto Proc. Intervencionista	926	1.107	1.175	1.182	1.109
RMN	3.285	3.335	3.413	3.449	1.938
Rx Simple	134	215	222	279	231
TC Helicoidal Vascular Diagnostica Vascular Terapéutica	3.231	3.572	3.961	3.881	4.169
	122.206	119.414	127.757	128.338	130.330
	18.840	18.302	18.241	19.089	19.574
	618	1.223	1.499	1.381	1.110
	419	516	477	562	378
TOTAL	167.251	162.520	172.773	172.905	174.138



3.2.5. PROCESO CORPORATIVO DEL SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO.

En nuestro Servicio está correctamente implantado, presentándose en el Anexo 7.

3.2.6. PREVISIÓN DE LA DEMANDA. MATRIZ DAFO.

3.2.6.1. PREVISIÓN DE LA DEMANDA.

Aunque la Región de Murcia es una de las pocas provincias que se estima que no perderá población en el futuro, y se espera que la expectativa de vida se vea incrementada levemente con el tiempo, la población no se verá incrementada de forma muy significativa a lo largo del tiempo.

Además, y aunque la población es más joven que en el resto de España, el aumento de la esperanza de vida hará, unido a que la Región es receptora de jubilados de otros países (fundamentalmente de nacionalidad inglesa), que el grupo de personas de mayor edad tenga un peso muy significativo dentro de la pirámide poblacional, por lo que la frecuentación hospitalaria (los grupos de edad avanzada son mayores frequentadores) se verá incrementada.

La localización del hospital, en una zona de barrios obreros, hace que la frecuentación hospitalaria, y fundamentalmente la de la puerta de urgencias, sea superior a la registrada en otros centros.

La población inmigrante se debería de mantener o incrementar levemente. Con los años de crisis se ha visto la disminución de población del colectivo sudamericano, manteniendo unos

niveles estables el de población norteafricana. Con la recuperación es de esperar el retorno de mucha de esa población. Además se estima que debido a la disminución de la natalidad en España, junto al envejecimiento y a la emigración de la población autóctona, se implementen medidas que apoyen esa inmigración en un futuro. En el ámbito de la radiología esto no tiene una gran implicación, dado que los colectivos de inmigrantes no asocian una mayor demanda de pruebas diagnósticas.

El aumento de las enfermedades crónicas (pacientes oncológicos), la investigación sanitaria que convertirá en crónicas algunas de las actuales patologías agudas (patologías infecciosas, oncológicas...), el aumento de la esperanza de vida global y de la esperanza de vida de los pacientes con enfermedades crónicas en particular, hará que la demanda se incremente, tanto en cuanto muchos de estos pacientes requerirán controles por imagen (al menos los pacientes oncológicos, a los cuáles se les realizan múltiples controles pre y postratamiento).

Por otro lado, las características intrínsecas de la especialidad de radiología (las pruebas de imagen han pasado de ser meras pruebas complementarias a ser muchas veces la principal e inicial exploración que se les realiza a los pacientes, estimándose que el 85% de los diagnósticos se basan en una prueba de imagen, además de que el catálogo de indicaciones no deja de aumentar), hacen que en el futuro la solicitud de pruebas de imagen se vean incrementadas.

Si que se debe de tener en cuenta el cambio que se ha producido, y que se prevé que continuará en el futuro, en la demanda de los distintos tipos de pruebas diagnósticas:

- Incremento moderado en la demanda de ecografías.
- Incremento leve en la demanda de TCs.
- Incremento leve en la demanda de RMs.
- Incremento leve en la demanda de procedimientos intervencionistas.
- Estabilidad en la demanda de radiografías.
- Disminución en la demanda de pruebas de telemando.

Esta modificación en la demanda por tipos de pruebas de imagen viene determinada no sólo por las indicaciones futuras, sino por el propio efecto tapón que tienen (por ejemplo el caso de la RM) que limita su indicación.

3.2.6.2. MATRIZ DAFO DE LA ESPECIALIDAD DE RADIOLOGÍA.

En un reciente seminario llevado a cabo por la SERAM (Sociedad Española de Radiología Médica), se desarrolló un análisis DAFO del conjunto de la especialidad de Radiología, que paso a enumerar de forma breve.

DEBILIDADES	FORTALEZAS
<ul style="list-style-type: none"> - Elevado coste del equipamiento. - Dependencia y falta de visibilidad. - Autismo. - Ausencia de influencia. - Lagunas de formación. - Fragmentación interna. - Falta de desarrollo normativo. - Sobrecarga asistencial. 	<ul style="list-style-type: none"> - Un buen producto. - Organización. - Formación. - Apoyo de la industria. - Posición dominante.
AMENAZAS	OPORTUNIDADES
<ul style="list-style-type: none"> - Externalización. - Planes de formación inadecuados. - Falta de recursos. - Conflicto de competencias. - Criterios inapropiados de los gestores. 	<ul style="list-style-type: none"> - Otras formas de trabajar. - Nuevos retos en formación. - Investigación. - Entramado profesional. - Participación en la gestión.

3.2.6.3. MATRIZ DAFO DEL SERVICIO DE RADIOLOGÍA DEL HGURS.

Se incluye en la siguiente tabla:

DEBILIDADES	FORTALEZAS
- La excesiva cantidad de pruebas de imagen solicitadas puede hacer que no sean absorbidas por el Servicio, apareciendo una	- Voluntad de mejora por parte de todos los integrantes del Servicio.

<p>tercera figura que las asuma.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Radiación innecesaria recibida por el paciente como consecuencias de pruebas diagnósticas poco útiles que no se controlan. - Falta de muchos procedimientos y protocolos actualizados. - Falta de inversiones y de crecimiento de la plantilla. - Uso de protocolos deficientes, tanto en tiempos (corto periodo entre tomografías de comparación), como en forma (utilización de contraste innecesario, de radiación excesiva...) dentro del mismo Servicio. - Falta de comunicación entre los distintos Servicios médicos que dificulta el manejo de los pacientes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Equipo de personal consolidado. - Posibilidad sencilla de cambio en los protocolos. - Disponibilidad de un diagnostico negativo (ausencia de patología) que resuelve en poco tiempo el proceder con el paciente. - Se trata de un Servicio Central, por lo que su utilidad y necesidad está fuera de cuestión. - Presencia de residentes de Radiodiagnóstico que dinamizan el Servicio.
AMENAZAS	OPORTUNIDADES
<ul style="list-style-type: none"> - Falta de voluntad por parte de todos los implicados en que el proceso se modifique (médicos radiólogos y resto de médicos peticionarios). - Realización de medicina defensiva que implique pedir todo a todos. - Escasa financiación. - Realización de pruebas de imagen (ecografías) por otras especialidades médicas (neurología). - Efecto de Burnout en los radiólogos de edad mayor edad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Oportunidad de continuar implementando protocolos para disminuir dosis de radiación, y para mejorar el manejo de las patologías más frecuentes. - Introducción de equipos de tomografía con doble foco que permitan realizar con una única pasada tanto el estudio simple como el estudio con contraste. - La existencia de procedimientos y protocolos de otros centros donde se están realizando procedimientos similares, fácilmente asimilables. - Existencia de guías y artículos recientes que pueden utilizarse como base. - Excesiva cantidad de pruebas de imagen solicitadas, ante lo cual se puede exigir el aumento de dotación y recursos, tanto humanos como en

	<p>equipamiento.</p> <p>-Constante apoyo de los médicos peticionarios en las pruebas de imagen para valorar sus pacientes, con el consiguiente apoyo indirecto a la mejora del Servicio de Radiodiagnóstico.</p> <p>- Posibilidad de solicitar un segundo residente de Radiodiagnóstico por año.</p>
--	--

4. PLAN DE ACTUACIÓN DE LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA.

En este apartado se indica primero la misión del Servicio, y posteriormente se desarrollan las líneas estratégicas del Servicio (basándonos en el análisis DAFO y dentro del marco de la misión). A continuación analizo las líneas y objetivos estratégicos (desde las perspectivas de costes, de pacientes, de organización, y de formación), desarrollando posteriormente los principales objetivos: la gestión por procesos, la calidad y seguridad del paciente, la atención centrada en el paciente, las guías clínicas para la atención integrada, y la docencia, formación continuada y actividad científica.

Por último se desarrolla un cuadro de mando integral para uno de los objetivos estratégicos.

4.1. MISIÓN.

La misión del Servicio de Radiodiagnóstico se encuentra alineada con la misión del HGURS:

- * Garantizar la asistencia sanitaria, a través de una atención integral del paciente.
- * Todas sus actividades se orientan a satisfacer las necesidades y expectativas de la población en materia de salud, con criterios de eficiencia y eficacia, asegurando la equidad, la accesibilidad, la seguridad y la continuidad asistencial.
- * La vocación de transmisión y creación de conocimiento se desarrolla a través de la docencia de pre y postgrado en el ámbito de las Ciencias de la Salud., manifestando específicamente su compromiso renovado con la formación especializada acreditada y estableciendo alianzas con universidades e instituciones docentes.
- * Tanto la asistencia sanitaria como la docencia se basan en los conocimientos científico-técnicos actuales de sus profesionales, acorde con la evidencia científica y la experiencia acumulada.
- * La investigación, la innovación y la actualización permanente son asumidas como obligaciones inherentes al mantenimiento de altos niveles de calidad asistencial, y son consecuencia e impulsos directos de la actividad docente.
- * Todos los recursos asistenciales del Área actúan de forma cooperativa y coordinada, y colaboran con otras instituciones y centros implicados con la salud, garantizando la atención integrada, la continuidad asistencial y la promoción de la salud en los ciudadanos.
- * Optimizar y racionalizar la prescripción de estudios de radiodiagnóstico en nuestra Área de salud.
- * Avanzar en la satisfacción e integración del personal que compone el Servicio.

4.2. LÍNEAS Y OBJETIVOS ESTRATÉGICOS.

Para valorar la implantación del plan estratégico, debemos de conocer las condiciones actuales en el Servicio de Radiodiagnóstico, tanto internas como externas.

Las condiciones internas son los recursos implicados con el proyecto: personal y equipamiento suficientes y adecuados, con un conocimiento pertinente para desarrollar los objetivos.

Las condiciones externas son las de un equipo directivo que acepta el plan, y un entorno económico y social que lo apoye.

Con todo lo anterior nos basaremos en el un análisis DAFO (ya realizado), y dentro del marco de la misión del Servicio, para designar las líneas estratégicas del Servicio de Radiodiagnóstico.

Las líneas estratégicas las enmarcaremos dentro de los siguientes apartados o ejes (orientados con los cuatro aspectos fundamentales del cuadro de mando integral, y añadiendo un quinto para la calidad), con subapartados para las acciones estratégicas (AE). Finalmente, se incluyen los objetivos estratégicos (OE):

- La optimización financiera (OF):

Línea estratégica OF 1: Establecer compromisos orientados a la sostenibilidad del sistema y a la mejora de la calidad y la eficiencia.

OF 1. AE 1. Desarrollar mejoras en la gestión económica de los aprovisionamientos, enfocados a conseguir una mayor eficiencia y sostenibilidad del sistema sanitario.

OF 1. AE 1. OE 1. Utilización de las herramientas de evaluación económica para decidir las compras.

OF 1. AE 1. OE 2. Control sobre los contrastes de última generación.

OF 1. AE 2. Mejorar la política de indicación de pruebas diagnósticas.

OF 1. AE 2. OE 1. Promover el uso racional de la indicación de pruebas diagnósticas.

Línea estratégica OF 2: Optimizar y racionalizar la prescripción de estudios de radiodiagnóstico en el Área de Salud.

OF 2. AE 1. Mejora del proceso asistencial del servicio de forma global.

OF 2. AE 1. OE 1. Aumento de las exploraciones de ECO, TC y RM realizadas por el Servicio de Radiodiagnóstico.

OF 2. AE 1. OE 2. Disminución de las exploraciones de ECO, TC y RM externalizadas.

OF 2. AE 1. OE 3. Aumento del control de peticiones de RMs en el Servicio de Radiodiagnóstico.

OF 2. AE 1. OE 4. Disminución en los cambios en las peticiones de RM motivados por el Servicio de Radiodiagnóstico.

- La satisfacción de la población (SP).

Línea estratégica SP 1: Satisfacer las necesidades y expectativas de la población.

SP 1. AE 1. Orientar la atención a las necesidades y expectativas de los ciudadanos, atención centrada en el paciente.

SP 1. AE 1. OE 1. Implantar la realización de encuestas de satisfacción por parte de los pacientes tras realizar cualquier acto en el Servicio de Radiodiagnóstico.

SP 1. AE 1. OE 2. Priorizar y realizar acciones de mejora en función de los resultados obtenidos en las encuestas.

SP 1. AE 1. OE 3. Desarrollo efectivo de la atención centrada en el paciente.

SP 1. AE 2. Mejorar la información y participación en el proceso asistencia.

SP 1. AE 2. OE 1. Tratar de mejorar los consentimientos informados que se entregan a los pacientes, y de redactar aquellos consentimientos informados que todavía no se realicen.

Línea estratégica SP 2: Desarrollar la excelencia en la actividad.

SP 2. AE 1. Favorecer la accesibilidad a los servicios de salud.

SP 2. AE 1. OE 1. Mejorar los indicadores de accesibilidad.

SP 2. AE 2. Establecer un sistema de gestión que potencie la seguridad de los pacientes.

SP 2. AE 2. OE 1. Sistema de vigilancia y control de infecciones relacionadas con los procedimientos intervencionistas llevados a cabo por el Servicio de Radiodiagnóstico.

SP 2. AE 2. OE 2. Avanzar en el cambio cultural para mejorar la seguridad de los pacientes.

SP 2. AE 2. OE 3. Mejorar el uso seguro de los contrastes.

SP 2. AE 2. OE 4. Mejorar la adherencia a la higiene de manos de los profesionales sanitarios.

Línea estratégica SP 3: Reducir la morbilidad y complicaciones de los pacientes a los que se les realizan pruebas diagnósticas en el Servicio.

SP 3. AE 1. Implantar un plan integral de atención al paciente antes, durante y tras realizar la prueba de imagen.

SP 2. AE 1. OE 1. Reducir la morbilidad y complicaciones, tanto agudas como crónicas, de los pacientes a los que se les realiza una prueba diagnóstica en el Servicio, mediante el control de los factores de riesgo.

- La mejora global del sistema sanitario (todos los aspectos: interregional, hospital-atención primaria...) (MGSS).

Línea estratégica MGSS 1: Avanzar hacia la integración asistencial entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria.

MGSS 1. AE 1. Desarrollar estructuras organizativas y potencialidades del Área de Salud.

MGSS 1. AE 1. OE 1. Creación de guías clínicas para la utilización de contrastes iodados.

MGSS 1. AE 1. OE 2. Participación del Servicio de Radiología de las rutas asistenciales en las que esté involucrado.

MGSS 1. AE 1. OE 3. Fomentar ámbitos de participación conjunta entre los radiólogos del Servicio y el resto de profesionales del área.

MGSS 1. AE 1. OE 4. Mejora de la comunicación fundamentalmente con Atención Primaria.

MGSS 1. AE 1. OE 5. Creación de un proceso específico para interconsultas.

Línea estratégica MGSS 2: Desarrollar la excelencia en la gestión de la actividad asistencia.

MGSS 2. AE 1. Implementar el proceso de normalización de peticiones de pruebas de imagen.

MGSS 2. AE 1. OE 1. Impulsar la normalización de peticiones de pruebas diagnósticas a través de la plataforma informática SIAFOC.

Línea estratégica MGSS 3: Desarrollar el sistema de gestión medioambiental en el Servicio de Radiodiagnóstico.

MGSS 3. AE 1. Implementar un modelo de gestión avanzado de papel.

MGSS 3. AE 1. OE 1. Implantar un modelo de gestión avanzada de papel dentro de los acuerdos del SMS.

MGSS 3. AE 2. Reforzar las acciones de eficiencia medioambiental.

MGSS 3. AE 2. OE 1. Implantar proyectos de optimización del consumo energético.

Línea estratégica MGSS 4: Adecuar la incorporación y uso de tecnologías de la información y la comunicación para el conocimiento y la toma de decisiones.

MGSS 4. AE 1. Implementar los sistemas de la información.

MGSS 4. AE 1. OE 1. Consolidar los sistemas de soporte para la implantación y mantenimiento de las aplicaciones informáticas para la disponibilidad y accesibilidad de la información.

Línea estratégica MGSS 5: Fomentar la investigación en ciencias de la salud en el Servicio.

MGSS 5. AE 1. Favorecer la investigación en aquellas líneas que potencialmente tengan un mayor impacto.

MGSS 5. AE 1. OE 1. Facilitar y promover el apoyo institucional al desarrollo de proyectos de investigación.

MGSS 5. AE 1. OE 2. Coordinar proyectos de investigación junto con farmaindustria.

MGSS 5. AE 1. OE 3. Coordinar proyectos de investigación junto con las Universidades

MGSS 5. AE 1. OE 4. Conseguir la financiación necesaria para promover la investigación a alto nivel.

MGSS 5. AE 1. OE 5. Introducir la gestión por procesos en la investigación clínica.

Línea estratégica MGSS 6: Consolidar los vínculos con las Universidades y otros niveles medios y superiores educativos.

MGSS 6. AE 1. Colaborar con las Universidades y otros niveles educativos e incrementar la comunicación.

MGSS 6. AE 1. Protocolizar la gestión de las prácticas.

Línea estratégica MGSS 7: Desarrollar los procesos corporativos de gestión en el Servicio para reducir la viabilidad en la prestación de servicios y el consumo inapropiado de recursos.

MGSS 7. AE 1. Adaptar y mejorar los procesos corporativos de gestión.

MGSS 7. AE 1. OE 1. Adaptar, implementar y optimizar los procesos corporativos operativos.

MGSS 7. AE 1. OE 2. Adaptar, implementar y optimizar los procesos corporativos de soporte.

Línea estratégica MGSS 8: Desarrollar e implantar el Proyecto de Gestión de Dosis del SMS.

MGSS 7. AE 1. Liderar la implementación del Proyecto de Gestión de Dosis dentro del Área de Salud.

MGSS 7. AE 1. OE 1. Coordinar de forma adecuada cada una de las fases del Proyecto de Gestión de Dosis.



"El SMS dispone de 4 años para desplegar el proyecto de gestión de dosis en la región.

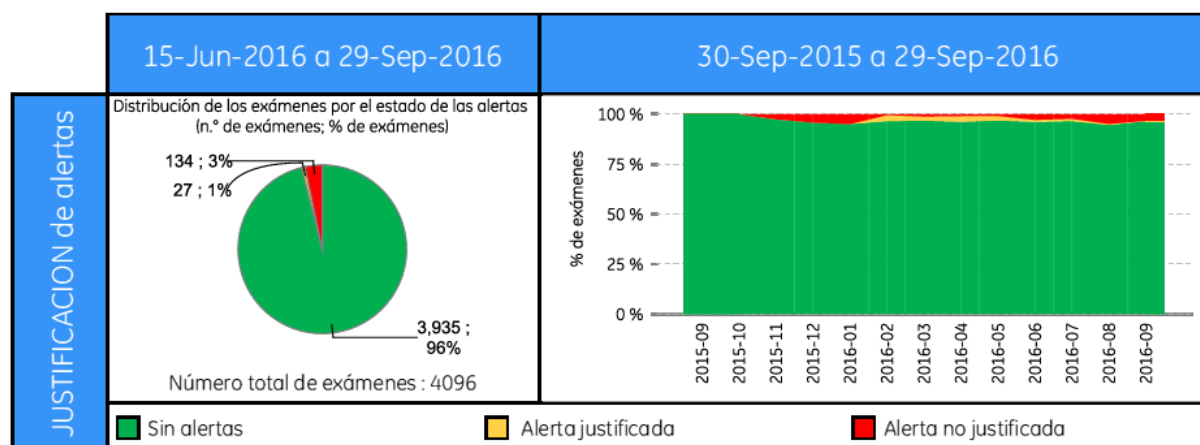
Esto incluye la conexión de todos los sistemas compatibles, la participación de todos los equipos para:

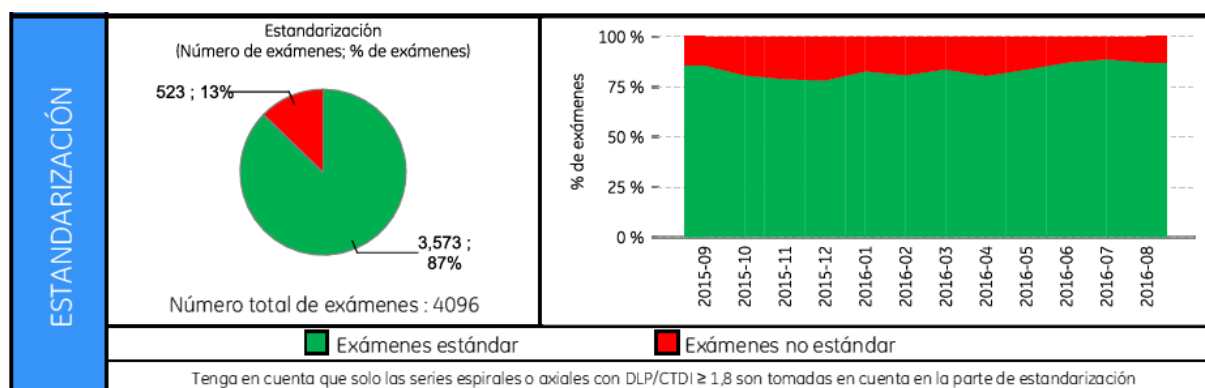
- Consolidar una base de datos de calidad
- Construir e implementar procedimientos de gestión de dosis en todos los hospitales
- Mejorar la seguridad de los pacientes en toda la Región de Murcia."

Servicio Murciano de Salud, 22 Diciembre 2014

	Justificación	Estandarización	Optimización
Objetivos	80% de las alertas justificadas ✓ Tener una gestión de alertas en tiempo real ✓ Analizar motivos de alertas ✓ Optimizar practicas con estos análisis ✓ Comunicar los resultados a los TER/ Radiólogos /Comité de dirección	✓ Creer una lista estándar ✓ Hacer un mapeo de los protocolos con la lista estándar ✓ Detectar los exámenes con un numero de exploraciones diferente del estándar ✓ Armonizar los protocolos	80% de los Estudios Estándar < DRL EU ✓ Comparar los protocolos con los Dose Reference Levels ✓ Optimizar los parámetros de adquisición ✓ Validar la Calidad de Imagen con los radiólogos ✓ Creer protocolos para la pediatría
Indicadores	✓ % de alertas justificadas	✓ % de exámenes con un mapeo a la lista estándar ✓ % de exámenes realizados según la lista estándar	✓ % de exámenes con CTDI/DLP < DRL
Responsable	✓ TER justifica las alertas ✓ Jefe de servicios comunica los resultados al comité de dirección		

Justificación de alertas	Estandarización
4% 	87% 





Ejemplos de trabajo realizado en proyecto de gestión de dosis.

- La satisfacción del personal que trabaja en el Servicio (SPS).

Línea estratégica SPS 1: Formular la misión, visión y valores del Servicio de Radiodiagnóstico.

SPS 1. AE 1. Adecuar la misión del Servicio de Radiodiagnóstico con la del HGURS.

SPS 1. AE 1. OE 1. Establecer la misión del Servicio.

SPS 1. AE 1. OE 2. Desplegar y difundir la misión entre los profesionales del Servicio.

Línea estratégica SPS 2: Mejora de la gestión mediante el liderazgo del equipo de mandos intermedios del Servicio de Radiodiagnóstico.

SPS 2. AE 1. Impulsar la comunicación de los mandos intermedios con el resto de profesionales del Servicio.

SPS 2. AE 1. OE 1. Fomentar la participación de los mandos intermedios en las reuniones y comités que se celebran dentro del Servicio.

SPS 2. AE 1. OE 2. Instaurar una sesión general del Servicio una vez al mes donde acudan representantes de cada uno de los profesionales implicados en el Servicio.

SPS 2. AE 2. Potenciar el liderazgo de los mandos intermedios.

SPS 2. AE 2. OE 1. Mejorar las competencias en liderazgo de los mandos intermedios.

SPS 2. AE 3. Implicar a los líderes del Servicio en el logro de los objetivos marcados.

SPS 2. AE 3. OE 1. Coordinar el seguimiento y evaluación de los objetivos estratégicos marcados.

Línea estratégica SPS 3: Gestionar los recursos humanos del Servicio.

SPS 3. AE 1. Promover acciones que mejoren la satisfacción de los trabajadores.

SPS 3. AE 1. OE 1. Diseñar e implementar un plan de mejora de la comunicación basado en los resultados de las encuestas a profesionales del Servicio.

SPS 3. AE 2. Prevenir los riesgos laborales para el mantenimiento de la seguridad y la salud laboral.

SPS 3. AE 2. OE 1. Mantener actualizados los planes de Autoprotección del Servicio.

SPS 3. AE 2. OE 2. Cumplimentar los planes de actuaciones preventivas derivados de las evaluaciones de riesgos realizadas.

SPS 3. AE 2. OE 3. Adecuar y reubicar a los profesionales del Servicio por motivos de salud.

SPS 3. AE 2. OE 4. Promover un plan preventivo del burnout profesional.

SPS 3. AE 3. Estudiar la posibilidad de introducir la retribución variable en función de objetivos.

SPS 3. AE 2. OE 1. Contactar con Servicios Jurídicos y con la Dirección Hospitalaria para explorar la posibilidad.

SPS 3. AE 2. OE 2. Desarrollar e implementar un sistema de retribuciones variables alternativas al sueldo fijo de cada empleado dentro del Servicio.

Línea estratégica SPS 4: Desarrollar y adecuar la docencia y la formación continuada y la formación sanitaria especializada de los trabajadores del Servicio.

SPS 4. AE 3. Potenciar la docencia y la formación continuada atendiendo a las necesidades del Servicio y del personal.

SPS 4. AE 3. OE 1. Monitorizar y mejorar la formación continuada.

SPS 4. AE 3. OE 2. Avanzar en el desarrollo del sistema docente de la residencia de Radiodiagnóstico.

- La calidad en el Servicio de Radiodiagnóstico (CAL):

Línea estratégica CAL 1: Calidad centrada en el paciente, familiares y allegados.

CAL 1. AE 1. Mejora de la accesibilidad al Servicio de Radiodiagnóstico.

CAL 1. AE 2. Minimizar los tiempos de espera.

CAL 1. AE 3. Eficacia en la gestión de las citas.

CAL 1. AE 4. Mejora de la seguridad del paciente.

CAL 1. AE 5. Trato adecuado.

CAL 1. AE 6. Respeto a la autonomía.

CAL 1. AE 7. Información.

CAL 1. AE 8. Establecimiento de vías de comunicación profesionales-pacientes.

CAL 1. AE 9. Atención basada en la evidencia.

Línea estratégica CAL 2: Calidad orientada a los profesionales.

CAL 2. AE 1. Coordinación e integración entre Servicios hospitalarios y con Atención Primaria.

CAL 2. AE 2. Solicitud de estudio normalizada.

CAL 2. AE 3. Emisión de informes en tiempo adecuado.

Línea estratégica CAL 3: Calidad orientada a la Autoridad Sanitaria.

CAL 3. AE 1. Coordinación e integración entre Servicios hospitalarios y con Atención Primaria.

CAL 3. AE 2. Historia clínica completa y actualizada.

CAL 3. AE 3. Solicitud de estudio normalizada.

CAL 3. AE 4. Tecnología adecuada.

CAL 3. AE 5. Rendimiento y productividad adecuados, tanto del personal como de las máquinas.

CAL 3. AE 6. Satisfacción del paciente.

4.3. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS.

En el apartado anterior desarrollamos de forma general los objetivos estratégicos enmarcados dentro de cada una de las líneas estratégicas.

En este apartado desarrollamos, dada su importancia, los siguientes objetivos estratégicos que posteriormente iremos desarrollando en apartados:

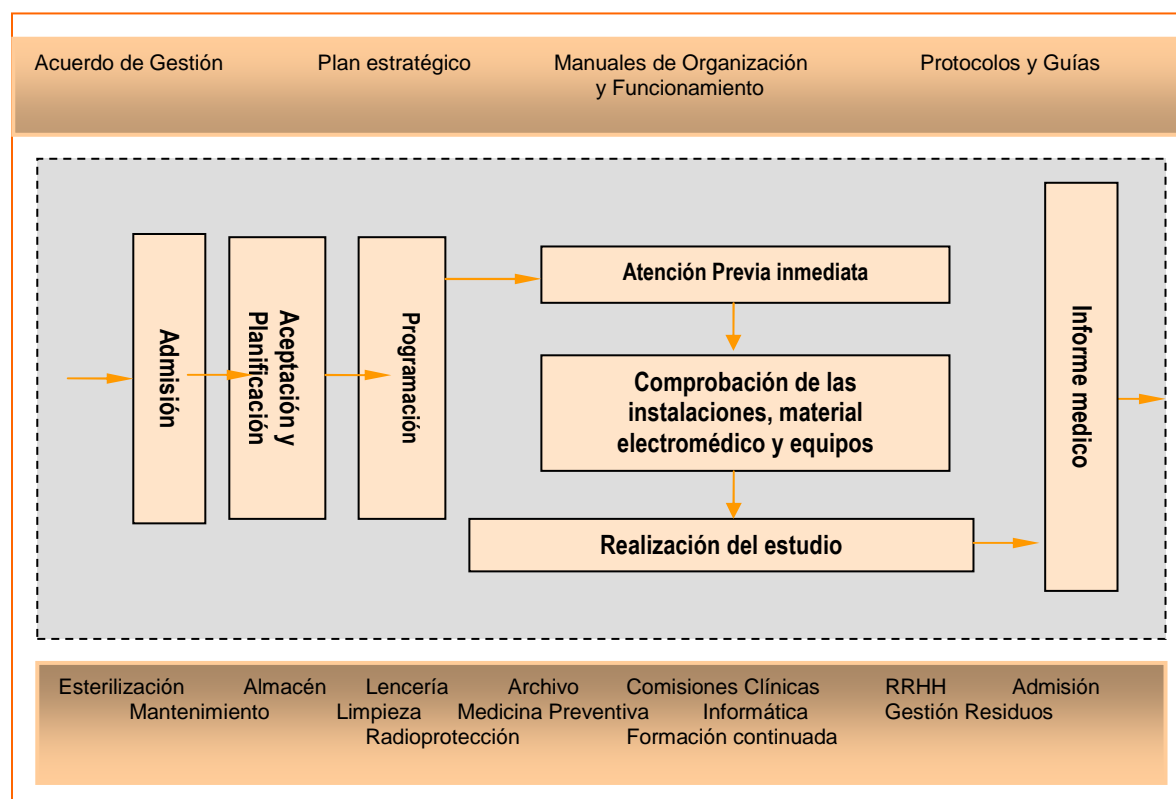
- Implementación de la gestión por procesos.
- Mejora de la calidad y seguridad del paciente.
- Aplicación de la atención centrada en el paciente.
- Desarrollo de la atención integrada.
- Optimización de la docencia y formación continuada.
- Apoyo a la actividad investigadora.

4.3.1. GESTIÓN POR PROCESOS.

En el Anexo 7 se incluye el documento de Proceso Corporativo del Servicio de Radiodiagnóstico, en el que he participado de forma activa.

4.3.1.1. MAPA DE PROCESOS DE LA UNIDAD.

La representación gráfica de los procesos que tienen lugar en el Servicio de Radiodiagnóstico del HGURS es:



4.3.1.2. PROCESOS ESTRATÉGICOS, OPERATIVOS, DE SOPORTE.

Como ya veíamos reflejado en el mapa de proceso, los procesos son:

- Los procesos estratégicos, en relación con:

Acuerdo de gestión.

Plan estratégico del Centro.

Manuales de organización y funcionamiento.

Protocolos y Guías clínicas.

Normativa y marco legal.

Formación continuada.

Programas de calidad.

Marketing.

Innovación.

- Los procesos operativos:

Fundamentalmente el proceso de generación de un informe para el médico peticionario.

Docencia (fundamentalmente externalizado en nuestro Servicio).

Interconsultas (proceso no desarrollado, se realiza de forma individual y esporádica).

- Los procesos de soporte, centrados en los siguientes aspectos:

Esterilización del material.

Almacén.

Lencería.

Archivo de documentos.

Comisiones clínicas.

Gestión de RRHH.

Admisión.

Mantenimiento.

Limpieza.

Medicina Preventiva.

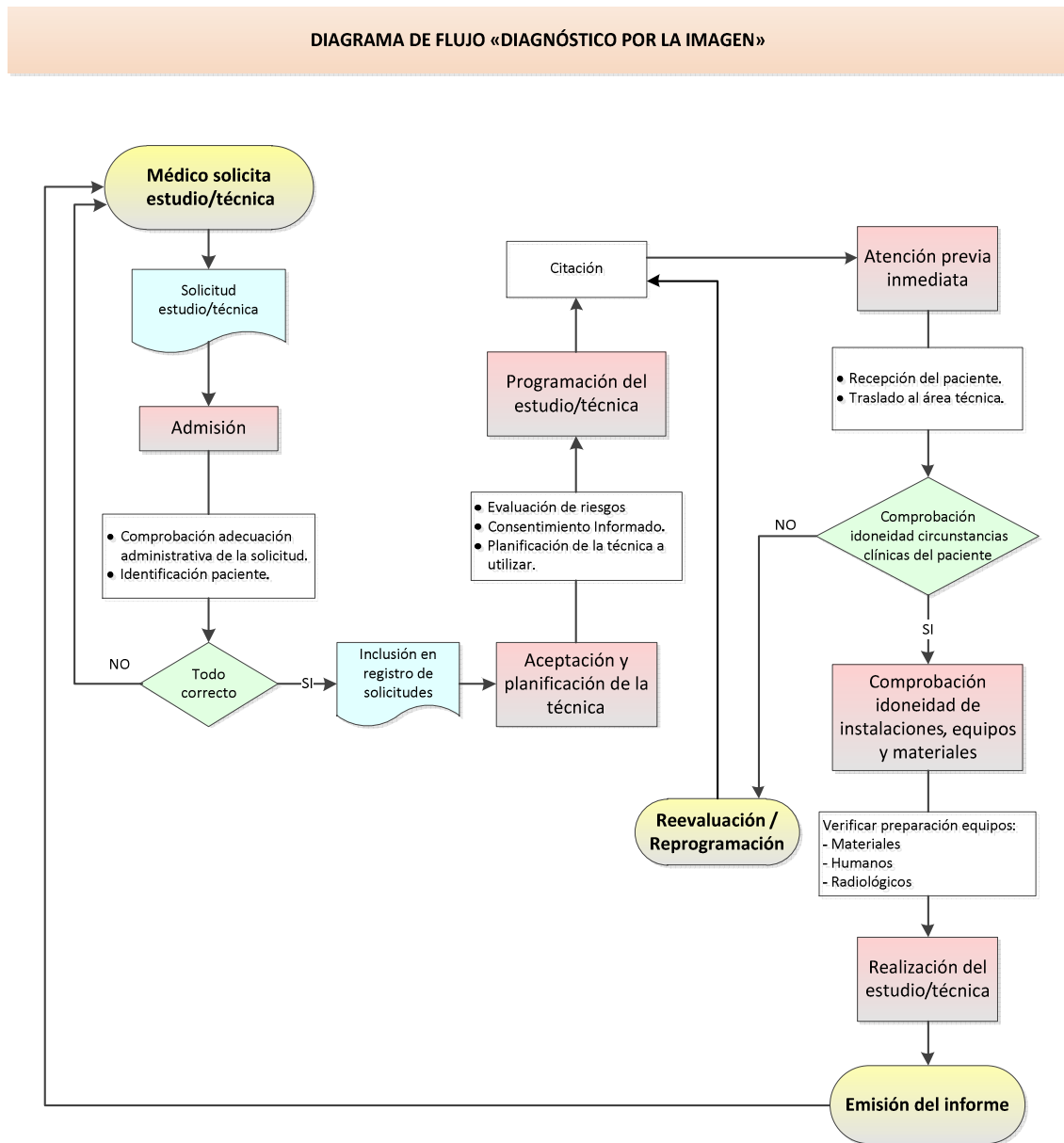
Informática.

Gestión de residuos.

Radioprotección.

Formación continuada.

A modo ilustrativo, y como ejemplo de proceso operativo, se presenta un diagrama de flujo del proceso asistencial del Servicio de Radiodiagnóstico.



En este proceso tendríamos varios subprocesos, como son:

Admisión y gestión de la cita.

Planificación de la técnica y programación.

Realización de la exploración.

Obtención de la imagen y postproceso.

Emisión del informe radiológico.

Envío y recepción por el médico solicitante.

4.3.2. CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE.

En el apartado de líneas y objetivos estratégicos, marcaba como eje estratégico la calidad en el Servicio de Radiodiagnóstico (CAL), y como una de sus líneas estratégicas la línea CAL 1: Calidad centrada en el paciente, familiares y allegados. Los objetivos estratégicos enmarcados en esta línea son:

CAL 1. AE 1. Mejora de la accesibilidad al Servicio de Radiodiagnóstico.

CAL 1. AE 2. Minimizar los tiempos de espera.

CAL 1. AE 3. Eficacia en la gestión de las citas.

CAL 1. AE 4. Mejora de la seguridad del paciente.

CAL 1. AE 5. Trato adecuado.

CAL 1. AE 6. Respeto a la autonomía.

CAL 1. AE 7. Información.

CAL 1. AE 8. Establecimiento de vías de comunicación profesionales-pacientes.

CAL 1. AE 9. Atención basada en la evidencia.

Dentro de la seguridad del paciente, las iniciativas que propongo para el Servicio son las siguientes:

- Aplicación de un ciclo de mejora (PDCA o ciclo de Deming) dentro de los siguientes puntos:

Conocimiento de los riesgos: planes de seguridad.

A través de un análisis de bases de datos.

A través de un análisis de sugerencias, reclamaciones, demandas.

Desde la experiencia.

Eliminar riesgos innecesarios.

Mitigar los inevitables: planes de contingencia.

- Trabajar sobre:

La seguridad operativa, que prevenga errores de gestión de su tránsito por el proceso (errores de identificación, de citación, etc.). Se trataría de actuar fundamentalmente sobre los siguientes riesgos, que se consideran muy importantes por su repercusión y que pueden ser evitables:

Error en la identificación del paciente – solicitud errónea.

Error de captura en la prueba.

Error en la realización del informe radiológico.

La seguridad clínica, que prevenga errores en la práctica clínica que provoque efectos adversos (contrastes) o complicaciones indebidas (extravasaciones de contrastes, caídas...). En este punto también se incluiría la minimización de la radiación.

- Desarrollo de protocolos para conseguir un cambio de hábitos y evitar la variabilidad.
- Formación adecuada del personal (enlazada con el punto de formación continuada).
- Creación de grupos de trabajo de seguridad.
- Incentivar la participación del paciente (paciente activo), en relación con la atención centrada en el paciente.
- Minimización de la radiación. Optimización de la técnica radiológica.

Dentro de la mejora de la calidad asistencial en pos de la seguridad del paciente, estamos empleando la investigación traslacional.

Así, utilizando como base el artículo publicado en una revista de prestigio: Radiation Dose Reduction in chest CT, review of available options de 2014, estamos implementando en el servicio una modificación de los protocolos empleados en las tomografías computerizadas de tórax.

Una vez seleccionado el objetivo (reducción de dosis) y el procedimiento (mediante la modificación de los parámetros de dosis del TC), pasamos a implementar el cambio de parámetros de forma gradual, en pacientes seleccionados (aquellos con bajo peso, jóvenes, en los que la disminución de dosis tiene menos perjuicio sobre la imagen o es más beneficiosa).

Una vez verificados los resultados como aptos (lo realizamos a ciego simple, los radiólogos no conocen que se están modificando los parámetros de adquisición de TC), se establecen como estándar.

Al mes realizamos un control para valorar las incidencias, comentarios, quejas... y volver a intentar bajar parámetros de dosis empezando todo el proceso desde el principio.

4.3.3. ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE.

Dentro de las líneas y objetivos estratégicos que ya vimos anteriormente, la línea estratégica SP 1: Satisfacer las necesidades y expectativas de la población, presentaba:

SP 1. AE 1. Orientar la atención a las necesidades y expectativas de los ciudadanos, atención centrada en el paciente.

SP 1. AE 1. OE 1. Implantar la realización de encuestas de satisfacción por parte de los pacientes tras realizar cualquier acto en el Servicio de Radiodiagnóstico.

SP 1. AE 1. OE 2. Priorizar y realizar acciones de mejora en función de los resultados obtenidos en las encuestas.

SP 1. AE 1. OE 3. Desarrollo efectivo de la atención centrada en el paciente.

Las iniciativas que propongo dentro de la atención centrada en el paciente son las siguientes:

Realizar formación en este nivel y asegurarse de que se integra en el personal la política del Servicio de atención centrada en el paciente.

Implantar, y utilizar como fuente de información para la mejora, las encuestas de satisfacción de los pacientes.

Incluir el apoyo en asociaciones de usuarios, de lucha contra el cáncer...

Implantar un programa de Speak Up (se desarrolla más adelante).

Respeto a la autonomía del paciente: Información continuada de la evolución y situación del proceso, en general y en momentos puntuales, proporcionando conocimientos sobre los diferentes aspectos de la enfermedad utilizando los medios disponibles para facilitar la toma de decisiones.

Accesibilidad, con tiempos de demora para el acceso que no pongan en riesgo la evolución y pronóstico de la enfermedad.

Agilidad en el transito por el proceso minimizando los tiempos de espera.

Informar a los pacientes de posibles retrasos.

Eficacia (mínimos contactos y necesidad de recitación).

Seguridad operativa que prevenga errores de gestión de su transito por el proceso (errores de identificación, de citación, etc.).

Seguridad clínica que prevenga errores en la práctica clínica que provoque efectos adversos o complicaciones indebidas. Disminución de dosis de radiación recibida por el paciente: optimización de protocolos, control de peticiones... Mejorar la atención en caso de alergias a contrastes y otras reacciones adversas. Disminuir la utilización y la cuantía del contraste utilizado para las pruebas diagnósticas. Utilizar agua como contraste oral en vez de contrastes iodados o baritados cuando no sean necesarios.

Trato personal correcto, intimidad y confidencialidad. Mejorar el trato por parte del personal con responsabilidad de atención al público. El personal se identificará por su nombre al saludar.

Información clínica veraz, oportuna y actualizada acerca del procedimiento.

Atención según criterios unificados y protocolizados, y utilizando la mejor evidencia científica disponible.

Adecuar la atención a las necesidades individuales, adaptándose a situaciones de invalidez.

Realizar recordatorios de consulta mediante mensajes de correo electrónico y mensajes a teléfonos móviles particulares.

Garantizar la correcta aplicación de las voluntades anticipadas (administración de contraste, vía de administración del contraste...).

Garantizar la correcta aplicación del derecho a la segunda opinión, mediante realización de informes alternativos de las pruebas diagnósticas o la posibilidad de llevarse las imágenes para que se las informen radiólogos privados.

Asegurar que el radiólogo está disponible para las consultas de los pacientes.

Discutir los resultados de las pruebas diagnósticas con los pacientes en casos determinados.

Respuesta proactiva en caso de reclamación por parte del paciente.

Control de los riesgos inherentes a la actividad sanitaria más frecuente:

- Las alergias al contraste iodado o a otro tipo de contrastes: se puede minimizar mediante la utilización del consentimiento informado y mediante cuestionarios rutinarios que se realizan a los pacientes antes de su uso.
- La introducción en la resonancia de materiales metálicos ferromagnéticos que pueden calentarse, moverse, desprenderse o, en caso de utilizar ondas electromagnéticas para su funcionamiento (como los marcapasos), dejar de funcionar. También el consentimiento informado y los cuestionarios son vitales. Destacar aquí que los filtros se deberían de realizar no sólo en el servicio de radiodiagnóstico, sino en el servicio peticionario.
- Marcaje incorrecto de placas simples con el perjuicio que pueden ocasionar en intervenciones sobre alteraciones detectadas. A veces las placas no se marcan correctamente en anterior-posterior, derecha-izquierda, lo que puede ocasionar que al intervenir sobre una alteración detectada, ésta resulte encontrarse en otro lugar distinto al intervenido. Formación del personal técnico e información haciéndole partícipe de la importancia que tiene su actuación sobre el paciente.
- Traumatismos al caer desde las camillas. Bastante frecuente, es debido a que los pacientes deben de ser movilizadas desde la camilla donde se encuentran hasta la camilla de exploración (de prácticamente cualquier prueba diagnóstica), y pueden sufrir caídas en el proceso. Igualmente formación del personal celador e información.

4.3.3.1. PROGRAMA DE SPEAK UP.

Vamos a implantar el programa Speak Up para implicar al paciente en su propia seguridad en el caso de que sea remitido a nuestro Servicio para realizarse una resonancia magnética.

Lo primero sería entrar en <http://www.jointcommission.org> para descargar toda la documentación y archivos que ponen a nuestra disposición.

Posteriormente, y junto a la cita que se le da al paciente, se le entregaría la documentación preparada para que sea consciente del papel que puede jugar en su propia seguridad.

Centrándonos en la resonancia magnética, el paciente debería de ser consciente de las contraindicaciones de la prueba, de las indicaciones, de la posibilidad de necesitar contraste, de las medidas de seguridad que se deben de tener, de lo relativamente larga que es la exploración y de la necesidad de estar lo más quieto posible... Así como tener una base acerca de qué es la resonancia y por qué se la ha pedido su médico prescriptor, de las posibles alternativas a esta prueba en caso de negarse a su realización...

A continuación, y junto con el cuestionario que siempre pasa el técnico a los pacientes para obtener información vital (presencia de marcapasos, embarazo...), la comunicación debe de ser en los dos sentidos, teniendo el paciente tiempo para hacer sus propias preguntas y para disminuir sus temores.

Durante la realización de la resonancia siempre hay un canal abierto para que el paciente se comunique con el técnico para poder informarle de cualquier evento adverso, claustrofobia... que pudiera acontecer durante la realización de la prueba.

Tras terminar la prueba, el radiólogo realizaría una primera revisión del estudio y comentaría con el paciente los resultados, así como cualquier incidencia que hubiese sucedido a lo largo del proceso de realización de la resonancia. En este momento el paciente podría volver a expresar sus dudas y temores, y recabar la información necesaria para saber qué debería de hacer a continuación (ir a consultas externas, a urgencias, seguir con su vida normal ante un resultado negativo...), saber si sería necesario ampliar el estudio, si el estudio es subóptimo y se requiere repetición del mismo...

Dejar un canal de comunicación abierto con el paciente para que pueda expresar en cualquier momento sus cuestiones, ya sea con el personal de secretaría que sería el encargado de transmitirlos a quien fuese necesario, o directamente al médico radiólogo.

Condiciones para llevarse a cabo:

El servicio debe de marcarse como plan estratégico la implantación del programa de Speak Up.

Se debe de informar al personal del servicio que se va a introducir de forma activa el programa de Speak Up, por el cual los pacientes participan de forma activa en su seguridad.

Debe existir en el Servicio un ambiente necesario de mejora para que resulte efectivo este programa.

Se debe de implantar un plan de formación sobre las preguntas más frecuentes que realizan los pacientes, teniendo en cuenta las peculiaridades y especificaciones del Servicio (divididas en a quien van dirigidas, sobre las pruebas diagnósticas que se les han indicado...).

Se deben de realizar guías informativas tanto para los profesionales del Servicio como para los pacientes.

Los pacientes deben de ser conscientes de la utilidad e importancia de este programa, por lo que deben de ser, en la medida de lo posible, informados, formados e instados a tomar parte en su seguridad.

Las ventajas de la instauración de este programa son:

Disminución del número de reclamaciones por parte de los pacientes.

Mejoría de la comunicación entre el médico-enfermero y el paciente.

Permite a los pacientes conocer sus derechos.

Mejora la formación del radiólogo ante la posibilidad de que el paciente le consulte acerca de varios aspectos de la prueba diagnóstica que se le va a realizar.

Aumento de la satisfacción de los pacientes.

Mayor adherencia a los tratamientos propuestos.

Menor absentismo a las consultas.

Disminución de errores médicos-enfermeros ante una mayor concentración de los profesionales en su trabajo (previene a cometer errores, por ejemplo si se es alérgico al contraste yodado se debe de declarar, si ya se ha realizado una misma prueba diagnóstica recientemente...).

4.3.4. GUÍAS CLÍNICAS Y RUTAS ASISTENCIALES PARA UNA ATENCIÓN INTEGRADA.

Dentro de las líneas estratégicas presentadas con anterioridad, se encuentra la línea estratégica MGSS 1: Avanzar hacia la integración asistencial entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria, cuyos objetivos son:

MGSS 1. AE 1. Desarrollar estructuras organizativas y potencialidades del Área de Salud.

MGSS 1. AE 1. OE 1. Creación de guías clínicas para la utilización de contrastes yodados.

MGSS 1. AE 1. OE 2. Participación del Servicio de Radiología de las rutas asistenciales en las que esté involucrado.

MGSS 1. AE 1. OE 3. Fomentar ámbitos de participación conjunta entre los radiólogos del Servicio y el resto de profesionales del área.

MGSS 1. AE 1. OE 4. Mejora de la comunicación fundamentalmente con Atención Primaria.

MGSS 1. AE 1. OE 5. Creación de un proceso específico para interconsultas.

En el apartado de atención integrada, las iniciativas que propongo son las siguientes:

- Fomentar la participación de los radiólogos del Servicio en las distintas Comisiones y Comités que se existen en el área.

**PERSONAL DEL SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO QUE PARTICIPA EN LOS
COMITÉS DE TUMORES DEL ÁREA DE SALUD VII**

Dra. XXX	Comité Colo-Proctología Comité Ginecología Comité CA de pulmón.
Dra. XXX	Comité Colo-Proctología
Dr. XXX	Comité Colo-Proctología
Dr. XXX	Comité Mama
Dra. XXX	Comité Otorrinolaringología
Dra. XXX	Comité Otorrinolaringología
Dra. XXX	Comité Otorrinolaringología
Dr. Alejandro Puerta	Comité Urología
Dr. XXX	Comité Tiroides
Dr. XXX	Comité de Trombosis
Dr. XXX	Comité Mama

- Elaboración y difusión de guías de adecuación de la prescripción enfocadas al diagnóstico, y seguimiento de las patologías más frecuentes.

Para el logro de este objetivo se han elaborado diversos procedimientos radiológicos y guías:

Solicitud de pruebas de radiodiagnóstico en el Servicio de Urgencias.

Criterios de solicitud de exploraciones de cabeza y cuello.

Diagnóstico y tratamiento de la pancreatitis aguda.

Criterios de remisión al Servicio de Radiología de patología osteomuscular.

Guía de indicaciones para la correcta solicitud de pruebas de diagnóstico por imagen en patología musculoesquelética.

Aquí se incluiría la creación de la guía para la utilización de contrastes iodados, que amplio más adelante.

Además, continuamente se realizan rondas informativas con Centros de Salud para la petición protocolizada de pruebas de Musculoesquelético (RXS, TC, RM).

- Comunicación entre los integrantes del Servicio de Radiodiagnóstico y los solicitantes prescriptores de pruebas.

En relación a este punto, desde hace años, el Servicio de Radiodiagnóstico mantiene sesiones conjuntas con diversos Servicios y Unidades en donde se plantean acciones conjuntas para el diagnóstico y seguimientos de los pacientes.

Entre ellos destacamos la asistencia de miembros del Servicio a los distintos Comités del Área de Salud VII.

En el 2014 se creó un grupo de trabajo con el Servicio de Urgencias para tratar los problemas surgidos en las guardias (tanto desde el Servicio de Urgencias como desde el de Radiodiagnóstico), analizarlos y tratar de resolverlos. Las reuniones, desde entonces, se vienen celebrando con periodicidad mensual. En esta línea destaca el protocolo de actuación ante paciente con cólico nefrítico, ya acordado entre los Servicios de Radiodiagnóstico, Urgencias y Urología, y en proceso de redacción.

Por otro lado, y como ya se ha indicado en el punto 2, se han implantado diversos procedimientos radiológicos, así como una Ronda informativa con Centros de Salud, para la petición protocolizada de pruebas de Musculoesquelético (RXS, TC, RM).

- Requisitos mínimos de las solicitudes de prescripción de estudios radiológicos.

Se ha implantado la prescripción electrónica, aunque todavía no en todos los Servicios del Hospital, ni en Atención Primaria, por lo que es una prioridad la culminación de la implantación.

Dentro de este apartado, se han tenido múltiples reuniones con los responsables de Atención Primaria ante la necesidad de especificar de forma correcta si el estudio de TC se ha de realizar sin o con contraste iodado, dado que en algunas ocasiones (escasas), la petición se realiza de estudio simple sin especificar la causa, con el consiguiente riesgo de que se trata de un error de forma.

4.3.4.1 GUÍA DE UTILIZACIÓN DE CONTRASTES IODADOS.

Uno de los puntos que plateaba anteriormente es la creación de la guía clínica para la utilización de contrastes iodados. Para ello seguiremos el siguiente procedimiento:

1. Selección de un tema, problema de salud... objetivo de la guía de práctica clínica.

En este punto se escoge el tema sobre el que se va a desarrollar la guía. Su selección debe tener en cuenta algunas cuestiones, como que sea un problema importante o que se puedan obtener mejores resultados tras implantación de la guía.

Para mi Servicio seleccionaría el tema de guía de práctica clínica para la utilización de contrastes iodados en pacientes a los que se les va a realizar un TC.

2. Formación de un grupo encargado de su elaboración.

Debe tener un carácter multidisciplinar, recogiendo la visión de los pacientes debido a la importancia de su aporte.

Se debe atender a la posibilidad de que existan conflictos de interés entre los componentes del grupo, importante a la hora de su selección.

Posteriormente se especificarán las tareas a realizar por cada uno de los miembros, y se establecerá un calendario y plan de trabajo.

En el grupo incluiría a un representante de cada uno de los colectivos (sanitarios y no sanitarios) implicados: secretarías (citar con el consentimiento informado...), auxiliares de enfermería, celadores, enfermería, médicos radiólogos. Además incluiría un nefrólogo y un alergólogo, para ampliar el espectro a las posibles consecuencias de efectos adversos del contraste.

3. Formulación y reformulación de preguntas clínicas.

Se trata de elaborar entre 15 y 20 preguntas clínicas que aborden todos los aspectos de la atención en que se descompone el problema tratado en la guía.

Por ejemplo: es usted alérgico al contraste yodado, tiene asma o hiperreactividad de algún tipo, se le ha realizado con anterioridad una prueba diagnóstica que requiriese el empleo de contraste yodado...

4. Búsqueda de la evidencia científica y su selección.

Las preguntas clínicas elaboradas en el paso anterior no sirven como base para realizar la revisión bibliográfica, ya que nos permiten seleccionar las bases de datos más adecuadas y los tipos de estudios más adecuados para cada pregunta.

Utilizando Pubmed fundamentalmente y con la ayuda de los gestores bibliográficos podríamos tener una evidencia científica estructurada y actualizada, por ejemplo cuál es el tratamiento actual de una extravasación de contraste.

5. Evaluación y síntesis de la evidencia científica.

Mediante los métodos de evaluación de la medicina basada en la evidencia se evalúa información conseguida mediante la búsqueda científica realizada en el apartado anterior.

En este paso analizaríamos las publicaciones que hemos encontrado.

6. Revisión externa del trabajo realizado.

Se somete a revisores externos para garantizar la validez, claridad y aplicabilidad de los contenidos.

El trabajo se enviaría para revisión a la Sociedad Radiológica Española (que reenviaría a la sección especializada en este tema), a la Comisión Científica del Hospital, y al resto de personal interesado en hacer la revisión del mismo.

7. Edición de la guía de práctica clínica.

Se escribe la guía en estilo sencillo y en un formato atractivo para el usuario, con el objetivo de facilitar su uso.

Además se realizarán dos versiones, una extensa o guía completa, y otra más resumida.

A través del Departamento de Reprografía del Hospital se realizaría la edición de la guía con los estándares de nuestro centro.

8. Actualización de la guía de práctica clínica.

Al realizar la guía se estipulará un tiempo pasado el cual se debe de realizar una actualización de la misma. De esta forma nos aseguramos de su validez y se limita la obsolescencia.

Cada dos años se realizaría de nuevo una revisión del tema, que requeriría una nueva búsqueda bibliográfica, aunque la mayoría de los puntos serían similares, pudiendo realizarse por la mismas personas encargadas del proyecto inicial.

4.3.5. DOCENCIA Y FORMACIÓN CONTINUADA.

Como ya veíamos en el apartado de líneas y objetivos estratégicos, la línea estratégica SPS 4 trata de desarrollar y adecuar la docencia y la formación continuada y la formación sanitaria especializada de los trabajadores del Servicio. Para ello los objetivos propuestos son:

SPS 4. AE 3. Potenciar la docencia y la formación continuada atendiendo a las necesidades del Servicio y del personal.

SPS 4. AE 3. OE 1. Monitorizar y mejorar la formación continuada.

SPS 4. AE 3. OE 2. Avanzar en el desarrollo del sistema docente de la residencia de Radiodiagnóstico.

A continuación desarrollaré, por separado, la docencia y la formación continuada (como objetivos estratégicos), indicando las iniciativas que se pondrán en marcha en caso de conseguir la jefatura del Servicio de Radiodiagnóstico.

4.3.5.1. DOCENCIA.

El centro ha retomado su condición de docente para la formación sanitaria especializada en junio de 2006.

El HGURS cuenta con las siguientes Unidades acreditadas para la formación sanitaria especializada a fecha 30 de septiembre de 2012:

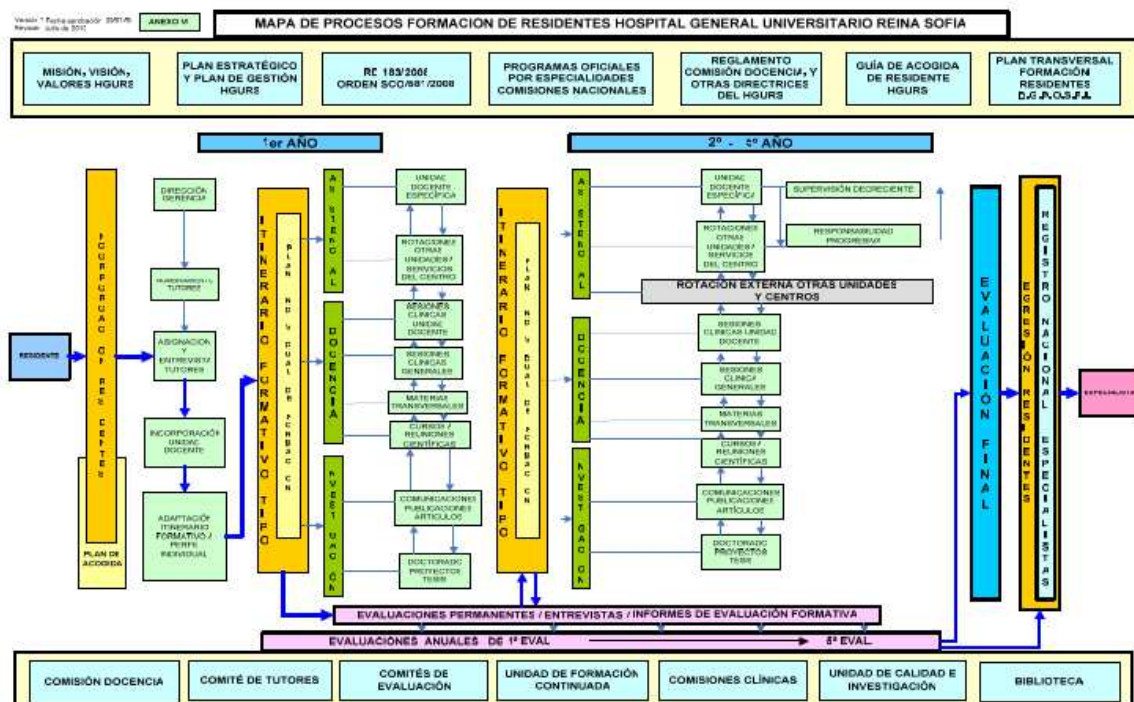
UNIDADES DOCENTES	Nº DE PLAZAS / AÑO
ALERGOLOGÍA E INMUNOLOGÍA CLÍNICA	1
ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN	1
APARATO DIGESTIVO	1
CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO	1
CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA	1
DERMATOLOGÍA MÉDICO-QUIRÚRGICA Y VENEREOLOGÍA	1
FARMACIA HOSPITALARIA	1
MEDICINA INTENSIVA	1
MEDICINA INTERNA	2
NEUROFISIOLOGÍA	1
NEUROLOGÍA	1
OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	1
OFTALMOLOGÍA	2
OTORRINOLARINGOLOGÍA ⁽¹⁾	1
RADIODIAGNÓSTICO	1
UROLOGÍA	1

(1) Concedida la acreditación de 1 residente cada 2 años.

El Servicio de Radiología del Hospital General Universitario Reina Sofía inició su actividad asistencial en 2005 y su actividad docente en 2008. Desde entonces ha formado 5 especialistas por el sistema MIR.

Las Unidades Docentes dependen de la Comisión de Docencia y del Coordinador de Docencia del Área de Salud.

Como tutor de residentes y miembro de la Comisión de Docencia, he trabajado de forma activa en la creación de los documentos necesarios para la gestión por procesos de la docencia:



Los objetivos estratégicos para la docencia global del Área de Salud se enumeran en la siguiente tabla:

CRONOGRAMA														
Tareas	Propietario	Diagrama Gantt												Estado
		2012												
		E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
Difundir el Plan de Gestión de la Calidad Docente a todos los residentes	Comisión de Docencia					X								
Adaptar los programas formativos de las especialidades a las Unidades Docentes e individualizarlos para cada residente	Comisión de Docencia					X								
Supervisar periódicamente el desarrollo del PGCD y apoyar a los órganos docentes, asegurando la disponibilidad de recursos materiales y humanos	Comisión de Docencia		X		X		X		X		X		X	
Impulsar la participación de los residentes en las comisiones clínicas del centro	Jefe de Estudios												X	
Garantizar la formación en competencias transversales nucleares, según el Plan Transversal y Complementario del residente (PTCR)	Comisión de Docencia	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	
Fomentar la participación de los residentes en cursos, congresos, seminarios o reuniones científicas relacionadas con su especialidad	Comisión de Docencia	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Evaluar la satisfacción de los residentes de forma sistemática	Comisión de Docencia					X								
Garantizar el proceso de evaluación de los residentes	Jefe de Estudios			X			X			X			X	
Profesionalizar la función de los tutores de residentes	Comisión de Docencia	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	
Promover la realización de auditorías internas	Comisión de Docencia				X								X	
Mejorar el nivel de atracción de hospital como centro docente.	Comisión de Docencia	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	

Estado:
Rojo: El despliegue no avanza según lo acordado.
Ámbar: Aun no está previsto que haya comenzado / En marcha y el despliegue avanza según lo acordado.
Verde: Concluido.

Es necesario recalcar el objetivo de fomentar la participación de los residentes en cursos, congresos, seminarios o reuniones científicas relacionados con su especialidad:

8. OBJETIVO: FOMENTAR LA PARTICIPACIÓN DE LOS RESIDENTES EN CURSOS, CONGRESOS, SEMINARIOS O REUNIONES CIENTÍFICAS RELACIONADOS CON SU ESPECIALIDAD

INDICADOR	CÁLCULO	FUENTE DE INFORMACIÓN	FRECUENCIA DE LA EVALUACIÓN	ESTÁNDARES DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN
Presentación de comunicaciones, por parte de los residentes, a congresos relacionados con su especialidad	Nº de residentes con 2 ó más comunicaciones en el año / Nº total de residentes*100	Expediente personal del residente (secretaría de la Comisión de Docencia)	Anual	100% de los residentes tienen más de 2 comunicaciones en el año: Excelente <100% y ≥80%: Óptimo <80% y ≥60%: Mejorable <60%: No cumple	Comisión de Docencia
Participación de los residentes en congresos, seminarios o reuniones científicas relacionadas con su especialidad	Nº de residentes que han asistido a 3 ó más congresos, seminarios o reuniones científicas en el año / Nº total de residentes*100	Expediente personal del residente (secretaría de la Comisión de Docencia)	Anual	100% de los residentes asisten a 3 ó más congresos, seminarios o reuniones científicas al año: Excelente <100% y ≥90%: Óptimo <90% y ≥80%: Mejorable <80%: No cumple	Comisión de Docencia
Participación del residente en proyectos de investigación	Nº de residentes que han participado en 1 ó más proyectos de investigación al final de su periodo formativo/ Nº total de residentes que han finalizado la residencia *100	Expediente personal del residente (secretaría de la Comisión de Docencia)	Anual	100% de los residentes que terminan su periodo formativo han participado en 1 ó mas proyectos de investigación: Excelente <100% y ≥80%: Óptimo <80% y ≥60%: Mejorable <60%: No cumple	Comisión de Docencia

Además de continuar con las iniciativas ya mostrados, en las cuales nos encontramos inmersos, se plantean las siguientes propuestas:

Creación de un itinerario docente, en el que se estructura y planifica la actividad del residente para que al terminar la residencia haya obtenido el doctorado en Medicina.

Creación de la figura de tutor docente, encargado de formar a los residentes en la metodología necesaria para la publicación de trabajos científicos.

Incentivación para que los residentes acudan al menos a una Comisión Hospitalaria, y al menos a un Comité Médico.

Puesta en marcha del archivo de casos significativos, para tener almacenados y correctamente catalogados al menos un tipo de patología (por imagen).

4.3.5.2. FORMACIÓN CONTINUADA.

Como Responsable de Formación del Área VII de Salud de la Región de Murcia (no existe la figura de Coordinador en nuestro Área), me encuentro muy involucrado en la formación continuada del Servicio.

Desde hace un tiempo vengo acreditando todas las acciones formativas que se llevan a cabo en el Servicio. Mi intención es la de intentar mejorar el aspecto cualitativo de la puntuación en acreditación, mediante mejores contenidos.

Incluido en Anexo 8 cursos acreditados por el Servicio.

Aunque la formación continuada se encuentra externalizada al Servicio, desde hace un par de años he puesto en marcha un Itinerario Formativo para el Servicio, que incluye no sólo al personal médico, sino a todo el personal del Servicio.

Incluido en Anexo 9 el itinerario formativo del servicio de radiodiagnóstico.

Dado que no se ha desarrollado por completo, la intención es la de continuar el desarrollo del Itinerario, y la inclusión de nuevos cursos con forme van apareciendo las demandas.

Incluido el Anexo 10 la encuesta de necesidades formativas que propongo.

Una de estas nuevas demandas es la de formación en TC de los técnicos del Servicio, para lo cual es necesario crear un Itinerario Formativo específico, teniendo en cuenta sus peculiaridades.

Otra de las iniciativas que propongo es la de controlar la oferta de formación por parte de farmaindustria. Así, la inversión en formación que realiza la industria, no debería de ser gestionada de forma directa por los radiólogos, y propongo que las ayudas vayan a un fondo común gestionado por la FFIS, cuyos gastos deben de ser valorados por un grupo de trabajo.

Otra propuesta es implantar las sesiones magistrales a primera hora de la mañana todos los días de la semana, con asignación rotatoria a los adjuntos del Servicio. Actualmente no se vienen realizando todos los días de la semana, y son prácticamente voluntarias.

4.3.6. ACTIVIDAD INVESTIGADORA.

La actividad investigadora en el Servicio es escasa.

Se trata de un Servicio eminentemente centrado en su faceta asistencial, y únicamente la sección de radiología intervencionista (por su estrecha relación con la industria farmacéutica) tiene una capacidad investigadora digna de reseñar.

Es por ello que se depende de las propuestas de investigación externas, es decir, aquellas en las que el coordinador de la actividad se encuentra en otro centro y nuestro Servicio realiza acciones de apoyo (pacientes, seguimientos...).

Como ya vimos en el apartado de líneas y objetivos estratégicos, la línea estratégica MGSS 5 trataba de fomentar la investigación en ciencias de la salud en el Servicio. Para ello contamos con los siguientes objetivos:

MGSS 5. AE 1. Favorecer la investigación en aquellas líneas que potencialmente tengan un mayor impacto.

MGSS 5. AE 1. OE 1. Facilitar y promover el apoyo institucional al desarrollo de proyectos de investigación.

MGSS 5. AE 1. OE 2. Coordinar proyectos de investigación junto con farmaindustria.

MGSS 5. AE 1. OE 3. Coordinar proyectos de investigación junto con las Universidades.

MGSS 5. AE 1. OE 4. Conseguir la financiación necesaria para promover la investigación a alto nivel.

MGSS 5. AE 1. OE 5. Introducir la gestión por procesos en la investigación clínica.

Las propuestas de mejora o iniciativas que se proponen son:

Creación de un grupo de trabajo, formado por personal del propio Servicio, encargado de promover y liderar las actividades investigadoras (dentro del Servicio), y de coordinarse y comunicarse con el responsable de investigación del hospital.

Promover los acuerdos con farmaindustria: Liderar el proyecto proyecto Dosewatch junto con la empresa General Electric para la mejora de los protocolos empleados para la obtención de imágenes mediante la utilización de radiación ionizante.

Potenciar la investigación en el manejo y control de los accesos vasculares para hemodiálisis (nuestro centro es el de referencia para este tipo de actuaciones, y constantemente se realizan ponencias y trabajos científicos sobre el tema).

Coordinar las líneas de investigación con otros servicios hospitalarios: Una línea de investigación reciente es la utilización de drogas vasoactivas para valorar la erección penénea.

Tras su inyección se valora la reacción que producen sobre los vasos penianos, produciendo una información muy importante para el diagnóstico de impotencia. Junto con el servicio de urología se han llevado ya a cabo varias ponencias sobre el tema.

Potenciar la integración con la Universidad: Tanto con la Universidad de Murcia como con la Universidad Católica San Antonio se deben poner en marcha proyectos de investigación. Especial interés supone la participación como Coordinadores de varias asignaturas en los Grados de Medicina y de Odontología.

Con el Grado de Odontología se tienen abiertas varias vías de exploración de líneas de investigación, centradas en la radioprotección fundamentalmente.

En cuanto a la financiación, se trata de optar al mayor número de becas, apoyo por parte de la FFIS (Fundación para la Formación y la Investigación Sanitarias de la Región de Murcia), así como formar parte de proyectos remunerados con farmaindustria.

La gestión por procesos y la utilización de las herramientas de gestión moderna es una prioridad, si queremos que el proyecto avance desde el principio de forma estable. Como vemos en el siguiente link, existen ya iniciativas de este tipo, aunque en el ámbito hospitalario (Hospital Universitario La Paz):

<http://www.idipaz.es/ficheros/files/Que%20es/2015/DOCUMENTACI%C3%93N/PLANIFICACION%20ESTRATEGICA.pdf>

Además, y en relación con el punto de docencia, la figura del tutor docente se encargaría no sólo de formar a los residentes en la metodología de la publicación científica, sino en crear la estructura necesaria para que los residentes puedan, al menos, producir seis trabajos científicos en revistas internacionales al año.

4.4. MONITORIZACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN: CUADRO DE MANDO.

Como ejemplo de creación de un cuadro de mando integral para la monitorización del plan de gestión, me voy a centrar en la línea estratégica de Optimización y racionalización de la prescripción de estudios de radiodiagnóstico en el Área de Salud VII (Murcia Este), que se encuentra dentro del eje estratégico de Optimización Financiera.

Los objetivos en los que nos centramos son los de:

Alejandro Puerta Sales

OBJETIVOS	INDICADOR	FUENTE	CÁLCULO	META	RESULTADO	INICIATIVAS
1. Aumento de las exploraciones de ECO, TC y RM realizadas por el Servicio de Radiodiagnóstico.	Tasa de realización por cada 1.000 habitantes en ECO.	TIS (tarjeta sanitaria) y DATA.	(Nº ECO realizadas/ TIS) x 1000.	Año 2017: Estabilización o disminución respecto al año anterior.	2016: 71,8‰ (2015: 70,2‰) (Datos a fecha 30/11/2016 y 30/11/2015)	Establecer protocolos adecuados para cada prueba de imagen para disminuir la variabilidad y los tiempos de sala.
	Tasa de realización por cada 1.000 habitantes en TC.	TIS (tarjeta sanitaria) y DATA.	(Nº TC realizadas/ TIS) x 1000.	Año 2017: Estabilización o disminución respecto al año anterior.	2016: 91,2‰ (2015: 90,6‰) (Datos a fecha 30/11/2016 y 30/11/2015)	Aglutinar las pruebas de imagen de características similares los mismos días para disminuir los tiempos de sala (programaciones temáticas).
	Tasa de realización por cada 1.000 habitantes en RM.	TIS (tarjeta sanitaria) y DATA	(Nº RM realizadas/ TIS) x 1000.	2017: Estabilización o disminución respecto al año anterior.	2016: 19,5‰ (2015: 18,5‰) (Datos a fecha 30/11/2016 y 30/11/2015)	Contratación de dos radiólogos más para realizar un turno de tarde.
						Optimizar el uso de las salas, con horario nocturno y apertura en fines de semana. Fomentar la formación del personal que realiza las pruebas de imagen (TER, enfermería) para poder disminuir los tiempos de sala.
						Disminución de tiempos de interconsulta e interrupciones indeseadas, mediante la protocolización de las interconsultas.

OBJETIVOS	INDICADOR	FUENTE	CÁLCULO	META	RESULTADO	INICIATIVAS
2. Disminución de las exploraciones de ECO, TC y RM externalizadas.	Porcentaje de pruebas externalizadas (ECO, TC y RM).	Servicio de Admisión y DATA.	Nº total pruebas externalizadas/Nº total de pruebas realizadas (en el Servicio de Radiodiagnóstico y externalizadas) x 100.	2017: Estabilización o disminución respecto al año anterior.	2016: 38,6% (2015: 40,7%) (Datos a fecha 30/11/2016 y 30/11/2015)	Iniciativas que consiguen aumentar el número de pruebas realizadas en el Servicio (y por consiguiente que no se tienen que derivar).
					ECO: 2016: 52.0% (2015: 54.6%)	Mejora del protocolo de citación de pruebas de imagen, con ajuste a las citas de los pacientes, permitiendo un mayor rango de realización de la prueba y una disminución de las derivaciones.
					TC: 2016: 0% (2015: 0%)	Control sobre el número de pruebas prescritas dentro del Área de Salud.
					RM: 2016: 65.2% (2015: 67.5%).	

OBJETIVOS	INDICADOR	FUENTE	CÁLCULO	META	RESULTADO	INICIATIVAS
3. Aumento del control de peticiones de RMs en el Servicio de Radiodiagnóstico.	Control de las peticiones de RMs de Atención Primaria (porcentaje).	Fuente: SELENE y Servicio de Admisión.	Nº RMs controladas en el Servicio de Radiodiagnóstico solicitadas por facultativos de Atención Primaria/ Nº de peticiones RMs recibidas desde Atención Primaria x 100.	Año 2017: 100%.	2016: 95%	Mejora de la protocolización en la recepción y gestión de las peticiones de pruebas diagnósticas, con mayor control por parte del personal sanitario (radiólogos).
	Control de las peticiones de RMs de Atención Especializada (porcentaje).	SELENE y Servicio de Admisión.	Nº RMs controladas en el Servicio de Radiodiagnóstico solicitadas por facultativos del Hospital/ Nº de peticiones RMs recibidas desde Atención Especializada x 100.	2017: 100%	2016: 95%	

:

OBJETIVOS	INDICADOR	FUENTE	CÁLCULO	META	RESULTADO	INICIATIVAS
4. Disminución en los cambios en las peticiones de RM motivados por el Servicio de Radiodiagnóstico.	Porcentaje de reconversiones de RMs solicitadas desde Atención Primaria.	SELENE y Servicio de Admisión.	Nº RMs solicitadas por facultativos de Atención Primaria y reconvertidas a otras pruebas por el Servicio de Radiodiagnóstico / Nº de peticiones RMs recibidas desde Atención Primaria x 100.	2017: ≤1%	2016: 1.12% (0.19% suspendidas, 0.85% reconvertidas en ECOs y 0.05% en TCs).	Informe de los costes de las pruebas a los médicos prescriptores para que valoren la realización de otras pruebas de imagen en vez de RMs.
						Implantación de sistema de comunicación directa con Atención Primaria para consulta de indicación de pruebas de imagen.

5. CURRÍCULUM DEL CANDIDATO.

INFORMACION PERSONAL:



Nombre: Alejandro Puerta Sales

NIF: 52769488-J

Fecha de nacimiento/Lugar de nacimiento: 08 / 04 / 1978 Alicante

Estado civil: Casado

Dirección: C/ Francisco Rabal N°1 3ºB

Código postal: 30009

Ciudad: Murcia

Número de Teléfono: 868951233 - 647685495

Correo electrónico: alpusa78@hotmail.com

Permiso de conducir B1.

Perfil de Radiólogo general.

- Coordinador de Formación del Área VII de salud de la Región de Murcia.
- Presidente de la Comisión de Formación Continuada y Biblioteca del Hospital Universitario Reina Sofía.
- Miembro de la Comisión de Docencia del Hospital Universitario Reina Sofía.
- Miembro de la Comisión Central de Garantía de Calidad del Hospital Universitario Reina Sofía.
- Miembro del Comité de Tumores: Urología del Hospital Universitario Reina Sofía.
- Vicepresidente de la Sociedad Murciana de Radiología (SORMU).
- Miembro de la Sociedad Española de Radiodiagnóstico y de la European Society of Radiology.

- Profesor coordinador de la asignatura de Radiología Odontológica del grado de Odontología de la UCAM.
- Profesor colaborador de la asignatura de Radiología del grado de Medicina de la UCAM.

FORMACIÓN ACADÉMICA CRONOLÓGICA:

Licenciado en medicina por la Universidad Miguel Hernández (UMH): 1996-2002

Beca ERASMUS en Klinik für Chirurgie, Kolon Abteilung (Servicio de Colon). Greifswald, Alemania, Jul – Sep 2000.

Desde Mayo 2003-2004: MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario de San Juan, Alicante.

Desde Mayo 2004-2008: MIR de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Rotación externa en Maimonides Hospital Center. Servicio de Musculoesquelético. Nueva York, USA, Sep – Dic 2007.

Estudios de Postgrado (Tercer Ciclo). Anatomía clínica del aparato locomotor. Universidad de Murcia. Desde Octubre 2007

FEA de Radiodiagnóstico. Hospital Reina Sofía, Murcia.

Trabajos en secciones de Neurorradiología, Musculoesquelético y Oncología.

Desde Junio 2008 hasta la actualidad.

Superado el proceso de turno de acceso libre en la solicitud de admisión a pruebas selectivas para el acceso a la condición de personal estatutario fijo del Servicio Murciano de Salud del 2009.

Suficiencia Investigadora: Certificado de Estudios Avanzados en Anatomía y Embriología Humana: ¿Cambia el manejo de un paciente el diagnóstico de robo de la subclavia mediante ecografía? Universidad de Murcia. Noviembre de 2011.

Médico adjunto de Radiodiagnóstico en el Hospital Quirón Murcia.
Desde Agosto 2014 hasta la actualidad.

Tesis con el Departamento de Ciencias de la Salud de la UCAM titulada “La radiografía portátil de tórax como factor pronóstico en los pacientes sometidos a ventilación mecánica no invasiva”, fecha de lectura 14 de Julio de 2016. Valorada por el tribunal como Cum Laude.

Máster de Prevención de Riesgos Laborales por la UMH, 2016.

En la actualidad realizando estudios de Grado en Administración y Dirección de Empresas por la UNED.

En la actualidad realizando Máster de Dirección y Gestión Sanitaria en la UNIR.

IDIOMAS:

Inglés: (First Certificate 2009).

Lectura: Alto

Oral: Medio

Escritura: Alto

Francés:

Lectura: Elemental

Oral: Elemental

Escritura: Elemental

Alemán:

Lectura: Elemental

Oral: Elemental

Escritura: Elemental

Valenciano: (Certificado de nivel Medio de Valenciano 1998).

Lectura: Alto

Oral: Alto

Escritura: Alto

CONOCIMIENTOS INFORMÁTICOS:

Microsoft Excell: Nivel: Medio

Microsoft Access: Nivel: Medio

Microsoft Word: Nivel: Alto

Microsoft FrontPage2000: Nivel: Medio

Microsoft Power Point: Nivel: Alto

Microsoft Outlook: Nivel: Medio

Windows 98-2000-XP...: Nivel: Alto

Internet: Nivel: Alto

CONGRESOS Y CURSOS:

- Congreso nacional de estudiantes de medicina UMH 1996.

- Congreso nacional de estudiantes de medicina UMH 1997.

- Congreso de videocirugía, Alicante 1997.

- Curso de Internet para Medicina, Alicante 1997.

- Curso de Electrocardiografía, Alicante 1998.

- Curso de iniciación en Urgencias para Residentes de Primer Año, Murcia Nov 2004.

- IV Congreso de la Sociedad Española de Diagnóstico por Imagen del Abdomen, Murcia Nov 2004.

- XVI Curso Internacional de Correlación Radio-Patológica, Madrid Jun 2005.
- Curso de Radiología de Urgencias, Madrid Feb 2005.
- Segundo Curso Internacional de Imagen Torácica en Barcelona, Barcelona Oct 2006.
- XVII Curso Internacional de Correlación Radio-Patológica, Madrid Jun 2006.
- V Curso para Residentes de 3º Año de Radiodiagnóstico, Almería Nov 2006.
- I Jornadas Internacionales sobre diagnóstico por la Imagen del Sistema Musculoesquelético, Murcia Feb 2006. Pósters:

Presentación atípica de un Condrosarcoma de Bajo Grado. Puerta A, Rodríguez D, Torregrosa B, Redondo MV, Miñano V, Alemán L.

Pérdida de agua del disco intervertebral tras el esfuerzo. Parrilla Almansa, A. León Hernández, A. Serrano García, C. Solís Muñiz, I. Torres Alés, C. Puerta Sales, A.

Ecografía como guía en la infiltración terapéutica de plasma rico en factores de crecimiento en lesiones musculoesqueléticas. Miñano V, Redondo MV, Puerta A, Castellón M, Martínez F, Reus M.

- XXVIII Congreso Nacional de la SERAM, Zaragoza May 2006. Pósters:

Tumores del sistema ventricular en el adulto. Puerta A, Vázquez V, Torregrosa B, León A, Serrano C, Rodríguez D.

Diagnóstico diferencial de la trombosis de los senos venosos intracraneales. Puerta A, Alemán L, Torres C, Solís I, Rodríguez D, Climent V.

Sono-CT en el estudio de la patología ocular pediátrica. Puerta A, Rodríguez D, Serrano C, Redondo MV, Gilabert A, Reus M.

Estudio mediante TC de los tumores malignos primarios de intestino delgado. Puerta A, Torres C, León A, Solís I, Miñano V, Carvajal J.

Utilidad de la US en la valoración de los implantes de paratiroides. Torregrosa, B, Reus M, Rodríguez D, León A, Serrano C, Puerta A.

Síndrome de Hipotensión Intracraneal: hallazgos en RM. Redondo MV, Vázquez V, Miñano V, Torregrosa B, Puerta A, Morales MD.

Papel de la RM en el estudio de la disfunción de la articulación temporomandibular. Redondo MV, Vázquez V, Miñano V, Torregrosa B, Puerta A, Climent V.

Diferenciación entre gliomas de alto grado y metástasis únicas mediante la valoración peritumoral con RM espectroscopia, difusión y perfusión. Espinosa M, Vázquez V, Puerta A, León A, Serrano C, Alonso J.

Utilidad de la punción ecodirigida de corticoides en el tratamiento del síndrome piriforme. Rodríguez D, Torregrosa B, Alonso J, Puerta A, Vázquez V, Reus M.

Utilidad de la cardio-RM en el diagnóstico de la miocarditis aguda. Rodríguez D, González J, Parrilla A, Puerta A, Torregrosa B, Reus M.

Tratamiento de neuroma de Morton con corticoides y anestésico local mediante punción ecodirigida. Rodríguez D, Torregrosa B, Alonso J, Puerta A, Doménech E, Reus M.

- XXVIII Congreso Nacional de la SERAM, Zaragoza May 2006. Cursos de formación y Comunicaciones orales:

Vascularización en RM de las masas pélvicas como ayuda en el diagnóstico diferencial entre leiomiomas subserosos y tumoraciones ováricas. Galant J, Martí-Bonmatí L, Lorente MF, Puerta A, López D, Vázquez MA.

- 93º Congreso Internacional de la Sociedad Radiológica de Norte América (RSNA), Chicago (USA) Nov 2007.

- X Curso Nacional de Radiología Pediátrica, Palma de Mallorca Feb 2007.

- XXIX Congreso Nacional de la SERAM, Sevilla May 2008. Pósters

Diagnóstico por la imagen de la artritis idiopática juvenil en edad pediátrica. Puerta A, Serrano C, Gilabert A, Torregrosa B, Valero F, Solís I.

Aplicaciones de la eco-Doppler en la patología musculoesquelética pediátrica. Puerta A, Gilabert A, Serrano C, Solís I, Torres C, Valero F.

Indicaciones de la RM cerebral en pacientes de UCI-neonatal. Solís I, Serrano C, Gilabert A, Valero F, Torres C, Puerta A.

Principales aplicaciones del estudio de TC multidetector en el tórax pediátrico. Solís I, Serrano C, Gilabert A, Torres C, Puerta A, Valero F.

Evaluación de catéteres en UCI neonatal: El papel del radiólogo y hallazgos en imagen de sus complicaciones. Serrano C, Gilabert A, Solís I, Valero F, Torres C, Puerta A.

Complicaciones de la meningitis en pacientes pediátricos: Hallazgos en imagen. Torres C, Serrano C, Solís I, Gilabert A, Valero F, Puerta A.

Extensor Digitorum Brevis Manus: a propósito de cinco casos. Castellón M, Torres C, Solís I, Puerta A, Serrano C, Domenech E.

Galactografía: Correlación radiopatológica de las lesiones intraductales. Torres C, Berná JD, Solís I, Serrano C, Puerta A, Torres E.

Utilidad de la ecografía en la patología del hombro no asociada al manguito de los rotadores. Torres C, Castellón M, Solís I, Serrano C, Puerta A, Torregrosa B.

Medición ecográfica del nervio mediano: estudio comparativo de dos métodos. Alemañ A, Berna JD, Reus M, Martínez F, Puerta A, Rodríguez D.

Lesiones traumáticas de víscera maciza: evaluación por TC. Bañón I, Serrano L, Martínez L, Doménech E, Redondo MV, Puerta A.

- I Reunión de Cirugía Endocrina en el Reina Sofía, Murcia May 2009.

- V Congreso multidisciplinario sobre Cáncer de cabeza y cuello, Murcia May 2009.

- AFIP COURSE, Washington DC Julio-Agosto 2009.

- I Jornada de Cardioimagen en el Reina Sofía, Murcia Oct 2009.

- XXX Congreso Nacional de la SERAM, La Coruña 2010. Pósters

Arterias vertebrales, la ecografía existe. Alejandro Puerta; Lucia Sánchez; Luis Alemañ; Carmen Alemán; Náyade Martínez; Vicente García Medina.

Complicaciones de la cirugía en columna lumbar: hallazgos en imagen. M^a Francisca Cegarra; M^a Victoria Redondo; Alejandro Puerta; Carmen Alemán; Placida Alemán; Víctor Castillo.

Diagnóstico diferencial de las lesiones quísticas maxilares. Alejandro Puerta; Luis Alemañ; Lucia Sánchez; Francisca Cegarra; Náyade Martínez; Vicente García Medina.

Fracturas pélvicas: lo que le interesa al traumatólogo. Carmen Alemán; M^a Francisca Cegarra; M^a Victoria Redondo; Alejandro Puerta; Luis Alemañ; Vicente García Medina.

Lo que la parótida esconde: correlación ECO/TC de la patología parotídea. Alejandro Puerta; Lucia Sánchez; Luis Alemañ; Isabel Pena; Daniel Rodríguez; Vicente García Medina.

Técnicas avanzadas de imagen en resonancia magnética para la evaluación de la patología del sistema nervioso central. Luis Alemañ; Alejandro Puerta; Lucía Sánchez; M^a Francisca Cegarra; Carmen Alemán; Náyade Martínez.

Utilidad de las técnicas de imagen en el diagnóstico de la disección de la arteria carótida interna. Lucía Sánchez; Luis Alemañ; Alejandro Puerta; Náyade Martínez; Francisca Cegarra; Maria Victoria Redondo.

- European Symposium Bayer, Barcelona 2011.

- MEDIAN training certificate CAD. Murcia 2012.

- XXXI Congreso Nacional de la SERAM, Granada 2012. Pósters

Malformaciones Vasculares del Sistema Nervioso Central. L. Alemañ Romero, A. Puerta Sales, C. M. Alemán Navarro, N. Martínez Molina

Lesiones quísticas benignas intracraneales no-infecciosas/no-neoplásicas. Revisión y aportación de los distintos métodos de imagen. L. A. Sánchez Alonso, L. Alemañ Romero, A. Puerta Sales, M. F. Cegarra Navarro, M. V. Redondo Carazo, C. M. Alemán Navarro

Correlación por ecografía y RM de los hallazgos patológicos en el tendón de la porción larga del bíceps braquial. M. F. Cegarra Navarro, M. V. Redondo Carazo, C. M. Alemán Navarro, G. A. González Alvarado, A. Puerta Sales, N. Martínez Molina; Murcia/ES

Errores en la evaluación de la respuesta tumoral al tratamiento. A. Puerta Sales¹, L. Alemañ Romero¹, I. PENA FERNANDEZ², D. Rodríguez Sánchez¹

Parálisis facial en imagen, ¿cómo y cuándo? N. Martínez Molina, L. Alemañ Romero, A. Puerta Sales, L. A. Sánchez Alonso, G. A. González Alvarado, V. García Medina; Murcia/ES

- ECR 2012, European Society of Radiology, Viena. Pósters:

Usefulness of imaging techniques in the diagnosis of internal carotid artery dissection. L. A. Sanchez Alonso, L. Alemañ Romero, A. Puerta Sales, M. F. Cegara Navarro, M. V. Redondo Carazo, N. Martinez Molina

Vertebral artery, the sonography does exist. A. Puerta Sales, L. A. Sánchez Alonso, L. Alemañ Romero, V. García-Medina, D. Rodríguez Sánchez, F. Velázquez Marín

- Cómo planificar acciones formativas en el ámbito sanitario, Murcia, Junio 2013. Curso englobado en el plan de Formación de Formadores del Plan Estratégico Común del 2013.

- SORMU 2013. Un asunto que afecta a todos: la Radioprotección Radiológica. Murcia, Abril 2013. Organizador del Curso y asistente.

- Pun and Den: priorización en formación, Murcia, Noviembre 2013. Curso englobado en el plan de Formación de Formadores del Plan Estratégico Común del 2013.

- VI Foro Regional de Formación Especializada, Murcia, Diciembre 2013.

- RSNA 2013. Chicago, USA, Nov y Dic 2013. Asistente al congreso, obteniendo un total de 48 créditos AMA. Ganador del Interactive Game: Interactive Quiz Cases in Body Oncologic Imagine.

- Participante del Curso “PUN and DEN: priorización en formación”, organizado por el Servicio Murciano de Salud y la Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias en la Región de Murcia, Diciembre de 2013.

- XXXII Congreso Nacional de la SERAM, Oviedo 2014. Pósters

Utilidad de la imagen en las infecciones renales: principales hallazgos radiológicos. MJ. Fernández Ferrando, MJ. Ruiz López, A. Puerta Sales, MDC Alcántara Zafra, C. Zevallos, MV. Redondo Carazo.

Patología del septum nasal. Lo que el radiólogo debe conocer. GA. González Alvarado, A. Puerta Sales, L. Alemañ Romero, C. Zevallos, MJ Fernández Ferrando, MCD. Alcántara Zafra.

Semiología básica de las lesiones mamarias en TC. A. Puerta Sales, FJ. Nieves Merino, I. Pena Fernández, P. Alemán Díaz, DJ. Carbonell Ruiz, L. Alemañ Romero.

El papel de la imagen en el diagnóstico diferencial de fiebre y dolor en fosa ilíaca izquierda. MJ. Fernández Ferrando, MJ Ruiz López, A. Puerta Sales, CM. Alemán Navarro, MF. Cegarra Navarro, P. Alemán Díaz.

Utilidad de la densitometría-TC en el estudio de la composición química de los cálculos. A. Puerta Sales, C. Sánchez Rodríguez, J Oñate Celdrán, D Rodríguez Sánchez, N. Martínez Molina, DJ. Carbonell Ruiz.

- Reunión de Investigadores del Estudio Gardian, 22 de Mayo de 2014. Oviedo.

- 7th International Conference on Thrombosis and Hemostasis Issues in Cancer, May 2014, Bergamo, Italy. Poster:

Short-term outcomes of patients with cancer-related pulmonary embolism according to incidental vs. acute symptomatic events in 562 consecutive patients from the Epiphany study.

-ASCO 2014, 50th annual meetings. Poster:

Outpatient management of cancer-related embolism: Analysis of 562 consecutive

- XXVI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. Pósters:

Causa Atípica de tromboembolismos cerebrales: glomus carotídeo. A. Puerta Sales, JL Otero Uribe, C. Cinesi Gómez, I. Pena Fernández, L. Alemañ Romero, MJ Fernández Ferrando.

Utilidad de la Radiología Portátil en un Servicio de Urgencias. C. Flores Alvarez, A. Santo Manresa, MJ. Fernández Ferrando, CP. Zevallos Maldonado, JL Otero Uribe, A. Puerta Sales, JL. Bauset Navarro.

Valoración de la calidad de la Radiología Portátil en un Servicio de Urgencias. MJ. Fernández Ferrando, CP Zevallos Maldonado, A. Santo Manresa, C. Flores Álvarez, A Puerta Sales, JL. Otero Uribe, C. Cinesi Gómez, JL Bauset Navarro.

- Participante del curso “Manejo Teórico de las Urgencias Críticas” correspondiente al Plan de Formación 2014, organizado por el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Reina Sofía de Murcia.

- Participante del curso “Toxicología en Urgencias” correspondiente al Plan de Formación 2014, organizado por el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Reina Sofía de Murcia.

- Actualización en el manejo del síndrome coronario agudo, por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid, Julio 2014.

- Curso de la Imagen en Patología Musculoesquelética acreditado por la Comisión de Formación Continuada de la Comunidad de Madrid, Abril de 2014.

- Participante del Curso “Cómo elaborar preguntas PEN y PRAC en los planes de formación sanitarios”, organizado por el Servicio Murciano de Salud y la Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias en la Región de Murcia, Febrero de 2014.

- Cursos del Servicio Regional de Empleo y Formación y la Fundación Integra, 2014 (Formacarm):

Base de datos MS Access 2007.

Alemán. Nivel 1.

Inglés. Nivel 1.

Inglés. Nivel 2.

Presentaciones en inglés (Presentations).

Reuniones en inglés (Meetings).
Inglés telefónico (Telephoning).
Introducción a la Informática e Internet. Nivel 1.
Introducción a la Informática e Internet. Nivel 2.
Introducción a la ofimática con MS Office 2007.
Procesador de textos MS Word 2007. Nivel 1.
Procesador de textos MS Word 2007. Nivel 2.
Novedades Office 2007.
Correo electrónico MS Outlook 2007.
Presentaciones MS PowerPoint 2007.
Hoja de cálculo MS Excel 2007. Nivel 1.
Sistema operativo Windows XP.
Introducción a las Redes Sociales.
Nuevas tecnologías aplicadas a la empresa.
Mecanografía.
Análisis de problemas y toma de decisiones.
Técnicas de negociación.
Técnicas de comunicación.
Internacionalización y Comercio Exterior.
Emprender: de la idea al negocio.
Cómo afrontar una entrevista de trabajo.
Gestión del cambio.
Gestión del tiempo.
Habilidades comerciales.
Contabilidad básica.
Contabilidad avanzada.
Dirección por Objetivos.
Habilidades de Coaching.
Reuniones Eficaces.
Introducción a las Redes Sociales.
Prevención de Riesgos Laborales.
Presentaciones Eficaces.
Marketing en Internet y Redes Sociales.

Gestión de la Seguridad de la Información.

Cómo entrevistar candidatos para un trabajo.

Cómo añadir valor a sitios web y tiendas online.

Atención al cliente y Fidelización.

ESTUDIOS CIENTÍFICOS:

- Participante en el estudio GARDIAN: Gadovist in Routine Diagnostic MRI- Administration in Non-selected patients. 2011-2012.

- Participante en el estudio EPIPHANY: Trombosis en pacientes oncológicos.

PUBLICACIONES:

- Posterior lenticonus, caso en EuroRad, Radiological Teaching Files, 2005. Reus M, Redondo MV, Serrano C, Abellán D, Puerta A.

- Hematoma subdural precoz como forma de inicio del síndrome de hipotensión intracraneal: hallazgos en resonancia magnética. Redondo MV, Vázquez V, Miñano V, Puerta A, Torregrosa B, Flores JJ, Reus M. Rev Neurol 2006; 42 (4): 220-222.

- Chronic hypoxic ischemic encephalopathy in term neonate: US and MR findings. caso en EuroRad, Radiological Teaching Files, 2007. Cristina Serrano García, Inés Solís Muñiz, Amparo Gilabert Úbeda, Francisco Valero García, Carolina Torres Alés, Alejandro Puerta Sales.

- Ascaris lumbricoides del tracto biliar: hallazgos en ecografía y resonancia magnética. Casos en imagen 4. Rodríguez Sánchez D, Falomir Gil G, Puerta Sales A. Radiología. 2007; 49 (5): 373.

- Caso 1 Diagnóstico Exprés. Puerta A. Caso en revista Asklepiades N°55, Revista Médico Colegial de la Región de Murcia. Primer Trimestre 2008.

- Visualización por resonancia magnética del drenaje venoso en las masas pélvicas: una ayuda para filiar su origen. J. Galant, L. Martí Bonmatí, V. Roca, J. Calbo, N Picazo, A Puerta. Radiología: Publicación oficial de la Sociedad Española de Radiología Médica, ISSN 0033-8338, Vol. 51, Nº. 2, 2009 , pags. 171-175.
- Radiología Esencial, Capítulo 53 Sección Musculoesquelético. Principios de interpretación radiológica en el aparato locomotor. Juan de Dios Berná Mestre, Alejandro Puerta Sales, Juan de Dios Berná Serna. Editorial Médica Panamericana 2010.
- Acute Mediastinitis Due to Extravasation of Parenteral Nutritional Formula via a Central Venous Catheter. Marín MR, Rodríguez ME, Buleje JA, Valverde FM, Martínez MM, Pérez PP, Ruiz MV, Rodríguez AR, Sales AP, Rodríguez PM, Blázquez AA. Am J Crit Care July 2012 21:296-299.
- Criterios de solicitud de exploraciones de cabeza y cuello. Alejandro Puerta Sales, Luis Alemán Romero, Lucia Sánchez Alonso, Vicente García Medina, Juan B. Cabezuelo Romero, M^a Jesús Ferrández Cámara. Manual de Procedimientos del Hospital Universitario Reina Sofía de Murcia.
- Proceso corporativo: apoyo diagnóstico y terapéutico por técnicas de diagnóstico por la imagen. Vicente García Medina, Alejandro Puerta Sales. Manual de Procesos del Hospital Universitario Reina Sofía de Murcia.
- Protocolo de petición de pruebas de Radiodiagnóstico en el Servicio de Urgencias. César Cinesi Gómez, Alejandro Puerta Sales, Pascual Piñera Salmerón, Vicente García Medina, Luís Alemañ Romero, Jose Luís Otero Uribe, Mirna Cerowski, Plácida Alemán Díaz.
- Memorias de actividades 2013 del objetivo: Optimización y racionalización de la prescripción de estudios de Radiodiagnóstico en el Área VII (Murcia-Este). Alejandro Puerta Sales, Vicente García Medina.

DOCENCIA:

- Ponente en el curso de Actualización del Estudio por Imagen de la Patología Músculo-Esquelética, organizado por el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Nov 2006.
- Ponente en el curso de Actualización en Radiología y Técnicas de Imagen 2007/16 organizado por el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de la Región de Murcia.
- Tutor de actividades prácticas en el Área de Radiología y Medicina Física en la asignatura de Radiología y Medicina Física Especial de la Licenciatura de Medicina y Cirugía, cursos 2006-2007 y 2007-2008.
- Ponente en el curso de Actualización en Atención en el Área de Urgencias organizado por el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Jun 2006.
- Ponente en el programa de doctorado de Radiología Clínica en el curso de Diagnóstico por la Imagen en Tórax, organizado por la Universidad de Murcia, Mar 2006.
- Ponente en la sesión científica de la Reunión Anual de la Sociedad de Radiología de la Región de Murcia, Dic 2004.
- Ponente en el curso de Actualización en Radiodiagnóstico en Atención Primaria, organizado por el Sindicato Médico CEMSATSE, Murcia May 2005.
- Profesor en la 1ª y 2ª EDICION MASTER OFICIAL DE POSGRADO EN TERAPIA MANUAL OSTEOPATICA, 10 horas de Principios y Fundamentos en Radiología, organizado por la Universidad CEU Cardenal Herrera de Elche, Elche Oct 2009 y 2010.
- I Curso de Radiología Clínica, Murcia 2010.

Director del curso, acreditado con 4.9créditos por el Servicio Murciano de Salud.

Ponencia 27 ENE 2010. El peñasco y el colesteatoma.

- Taller de Radiología Simple para Médicos de Familia, Murcia 2010.

Director del curso, acreditado por el Servicio Murciano de Salud.

Ponencia 11 NOV 2010. Lectura de placas de abdomen y pelvis.

- Radiología Simple de columna para Fisioterapeutas, Murcia 2011.

Director del curso.

Ponencia 23 NOV 2011. Cambios postquirúrgicos en la columna.

- Primer Curso de Especialista Universitario en Ecografía, Murcia 2011.

Subdirector del curso, acreditado por el Servicio Murciano de Salud y por la Universidad de Murcia. Promocionado por la SERAM.

Ponencias: Física de la Ecografía.

- II Curso de Radiología Clínica, Murcia 2011.

Director del curso, acreditado por el Servicio Murciano de Salud.

Ponencias. Radiografía Simple del Codo.

Casos de Urgencias.

Errores Radiológicos frecuentes.

- I Curso de Radiología Oftalmológica, Murcia 2011.

Director del curso, acreditado por el Servicio Murciano de Salud.

Ponencia 23 MAY 2011. Patología Traumatológica I.

- Curso de mejora de la calidad técnica de los estudios radiológicos, Murcia 2011.

Director del curso, acreditado por el Servicio Murciano de Salud.

Ponencias. Principios físicos de la TC.

Contrastes en TC.

- Primeras Jornadas de Radiología Aplicada, Murcia 2011.

Director del curso.

Ponencia ENE 2011. Lesiones quísticas del cuello.

- Curso de Radiología Pediátrica del Colegio de Médicos, Murcia 2011.

Ponencia. Radiografía Simple de Codo.

Segundas Jornadas de Radiología Aplicada, Murcia 2012.

Director del curso, acreditado por el Servicio Murciano de Salud.

Ponencia ENE 2012. Errores radiológicos frecuentes.

- III Curso de Radiología Clínica, Murcia 2012.

Director del curso, acreditado por el Servicio Murciano de Salud.

Ponencias. Lesiones suprarrenales.

- Puesta al día: metástasis cerebrales, Murcia 2012.

Director del curso, acreditado por el Servicio Murciano de Salud.

- Técnica mamográfica y patología mamaria, Murcia 2012.

Colaborador del Curso, acreditado por el Servicio Murciano de Salud.

- Cuarto curso de Radiología Clínica, Murcia 2013.

Organizador del Curso, Ponente, acreditado por el Servicio Murciano de Salud.

- Primer curso de Física Práctica, Murcia 2013.

Organizador del Curso, Ponente, acreditado por el Servicio Murciano de Salud.

- Puesta al día: Nódulos Suprarrenales, Murcia 2013.

Organizador del Curso, Asistente, acreditado por el Servicio Murciano de Salud.

- Un paseo por la Radiología 2013: casos prácticos de Radiodiagnóstico, Murcia 2014.

Organizador del Curso, Asistente, acreditado por el Servicio Murciano de Salud.

-Legislación Útil en Radiodiagnóstico, Murcia 2014.

Organizador del Curso, Asistente, acreditado por el Servicio Murciano de Salud.

- Mejora del Componente Cualitativo en el Área de Salud VII, Murcia 2014.

Organizador del Curso, Asistente, acreditado por el Servicio Murciano de Salud.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

González-Álvarez I. La gestión en los servicios de radiología. En: Del Cura JL, Pedraza S, Gayete A, directores. Radiología Esencial, Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2009, p. 1785-1810.

Vela R, Bajo JM, Martínez JA, Baena V, Miñana B, Unda M, et al. La figura del Jefe de Servicio: ¿qué perfil debe de tener? Actas Urol Esp. 2008;32(7):673-679.

Ortiz-Berrocal J, Martínez JR, Alonso M, Millán I, Ayuso B, Sáinz A. Cuadro de mando para la gestión clínica en un servicio de medicina nuclear. Rev Calidad Asistencial 2005;20:239-45.

Lloret RM, Ballesta A, Chavarría M. Gestión del Servicio de Radiodiagnóstico. Informática y Salud. Nº 45. Marzo 2004: 18-28.

Leyton-Pavez CE, Huerta-Riveros PC, Paúl-Espinoza IR. Cuadro de mando en salud. Salud Publica Mex. 2015 May-Jun;57(3):234-41.

Mira JJ, Aranaz JM, Álvarez NJ. Evolución del concepto de calidad asistencial. En: Aranaz JM, Aibar C, Vitaller J, Mira JJ, directores. Gestión Sanitaria. Calidad y seguridad de los pacientes. Madrid: Díaz de Santos; 2008. Disponible en:
<http://www.proyectoidea.com/publicaciones/capitulo33.pdf>

Macia ML, Moncho, J. Sistema nacional de salud español. Características y análisis. Enferm Glob 2007; 10: 1-14.

Kordolaimi SD, Saradeas I, Ploussi A, Pantos I, Argentos S, Efstathopoulos EP. Introduction of an effective method for the optimization of CT protocols using iterative reconstruction algorithms: comparison with patient data. Am J Roentgenol. 2014 Oct;203(4):W434-9.

Itri JN. Patient-centered Radiology. RadioGraphics 2015 35:6, 1835-1846.

Schultz SR, Watson RE Jr, Prescott SL, Krecke KN, Aakre KT, Islam MN, et al. Patient safety event reporting in a large radiology department. *Am J Roentgenol*. 2011 Sep;197(3):684-8.

Aibar-Remón C, Aranaz-Andrés JM, García-Montero JI. Cuidado de la salud. Sistema social y sistema sanitario. En: Hernández-Aguado I, Gil A, Delgado M, Bolúmar F, Benavides F, Álvarez-Dardet C, et al, editores. *Manual de epidemiología y salud pública para grados en ciencias de la salud* (2ª edición). Madrid: Panamericana Editorial Médica; 2011.

Brenner DJ, Hall EJ. Computed tomography, an increasing source of radiation exposure. *N Engl J Med*. 2007 Nov 29;357(22):2277-84.

Sodickson A, Baeyens PF, Andriole KP, Prevedello LM, Nawfel RD, Hanson R, et al. Recurrent CT, cumulative radiation exposure, and associated radiation-induced cancer risks from CT of adults. *Radiology*. 2009 Apr;251(1):175-84.

Puig-Junoy J, Ortun-Rubio V, Pinto-Prades JL. Los costes en la evaluación económica de tecnologías sanitarias. *Rev. Atención primaria*. Vol. 27; 2001.

BOE (Boletín Oficial del Estado). Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Disponible en:

https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2012-5403

BOE (Boletín Oficial del Estado). Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Disponible en:

<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2003-10715>

BOE (Boletín Oficial del Estado). Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud. Disponible en:

https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2012-10477

BOE (Boletín Oficial del Estado). Real Decreto 576/2013, de 26 de julio, por el que se establecen los requisitos básicos del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria a personas que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud y se modifica el Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud. Disponible en:

https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2013-8190

BOE (Boletín Oficial del Estado). Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Disponible en:

https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1986-10499

BOE (Boletín Oficial del Estado). Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía. Disponible en:

https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2001-24962

BOE (Boletín Oficial del Estado). Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud. Disponible en:

https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1984-2574

BORM (Boletín Oficial de la Región de Murcia). Decreto 27 / 1987 del 7 de mayo, sobre la organización territorial dentro del SMS. Disponible en:

<http://www.borm.es/borm/documento?obj=bol&id=8803>

BORM (Boletín Oficial de la Región de Murcia). Orden del 24 de abril de 2009, sobre la modificación de las Áreas. Disponible en:

<http://www.borm.es/borm/documento?obj=bol&id=38661>

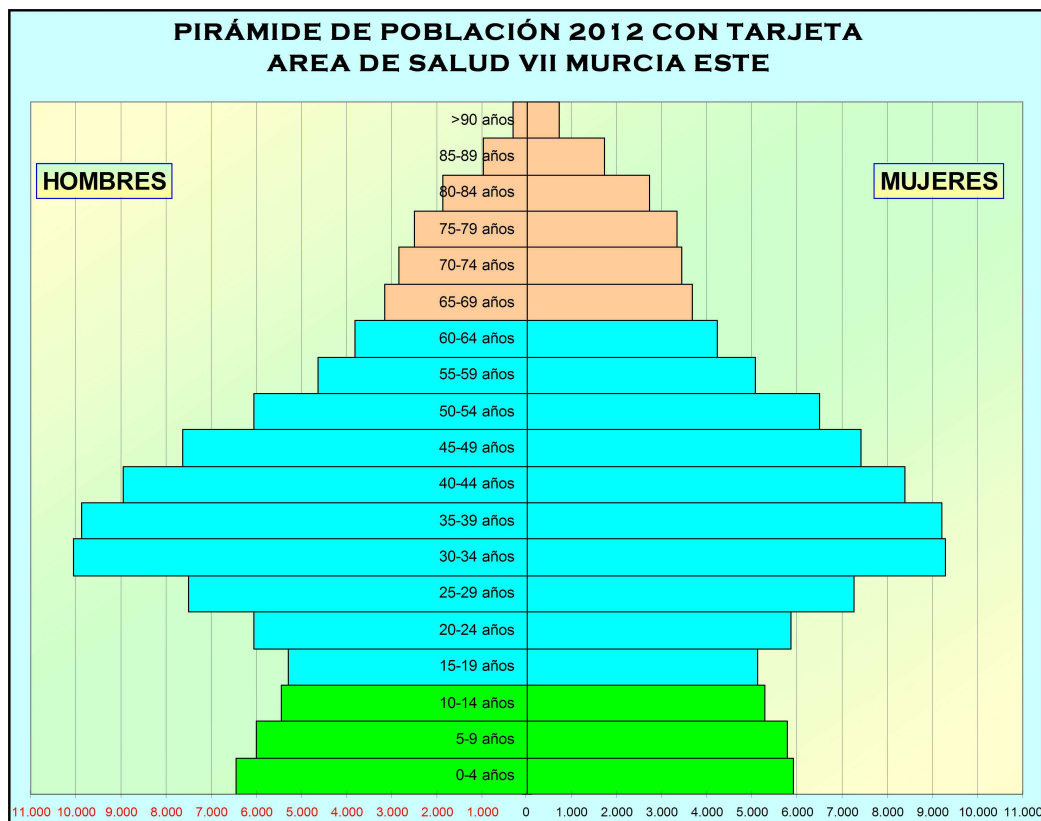
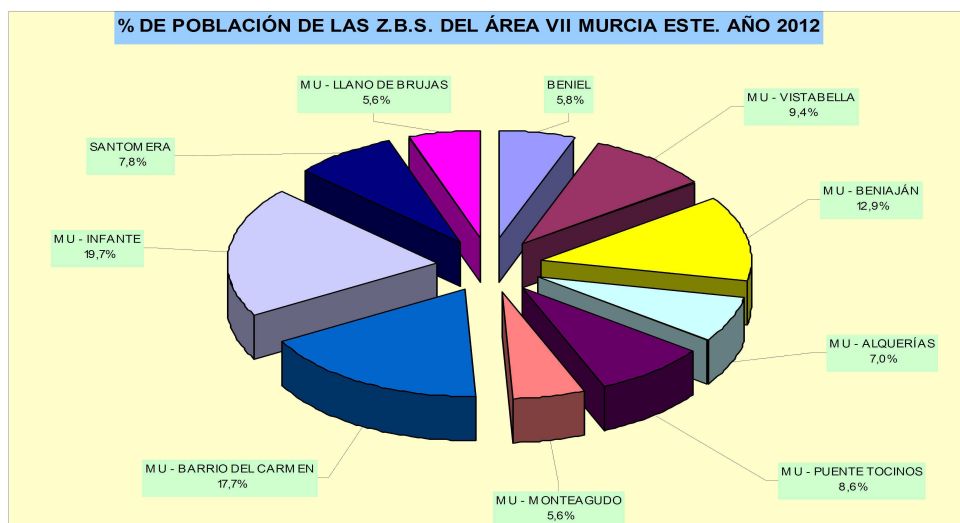
7. ANEXOS.

ANEXO 1. ESTRUCTURA DEMOGRÁFICA DEL ÁREA VII.

La estructura demográfica en pirámide de la población de la Gerencia está elaborada a partir de los datos de Tarjetas Sanitarias Individuales de fecha Enero de 2012, por sexo y edad.

ÍNDICES DE POBLACIÓN

Población de Tarjeta Sanitaria de Marzo de 2012.



ÍNDICES DE POBLACIÓN

Población de Tarjeta Sanitaria de Marzo de 2012.

POBLACIÓN POR SEXO Y TRAMOS DE EDAD DEL ÁREA VII, MURCIA ESTE

	Población Total	Población <14 años	Población 14-64 años	Población >64 años
Mujeres	100.759	16.938	68.218	15.603
Hombres	98.919	17.869	69.465	11.585
TOTAL	199.678	34.807	137.683	27.188

TASA INFANTIL

	Población Total	Población <15 años	Tasa Infantil
Área VII Murcia Este	199.678	34.807	17,4 %
Región de Murcia	1.415.462	249.766	17,6 %

Tasa Infantil: Proporción de personas menores de 15 años en relación con el total de la población.

TASA de VEJEZ

	Población Total	Población >65 años	Tasa Vejez
Área VII Murcia Este	199.678	27.188	13,6 %
Región de Murcia	1.415.462	203.211	14,4 %

Tasa de Vejez: Proporción de individuos mayores de 65 años en proporción al total de la población.

ÍNDICE de SOBRE-ENVEJECIMIENTO

	Población >65 años	Población >85 años	Índice s-envej.
Área VII Murcia Este	27.188	3.741	13,7 %
Región de Murcia	203.211	27.721	13,6 %

Índice de Sobre-envejecimiento: Porcentaje de población de 85 años y más con relación a la población de 65 y más años.

ÍNDICES DE POBLACIÓN

Población de Tarjeta Sanitaria de Marzo de 2012.

TASA DE DEPENDENCIA

	Población Total	Población < 15 años y >65 años	Tasa dependencia
Área VII Murcia Este	199.678	61.995	31,0 %
Región de Murcia	1.415.462	452.977	32,0 %

Tasa de Dependencia: Muestra el peso de los grupos de población menores de 15 años y mayores de 65 años en proporción al total de la población.

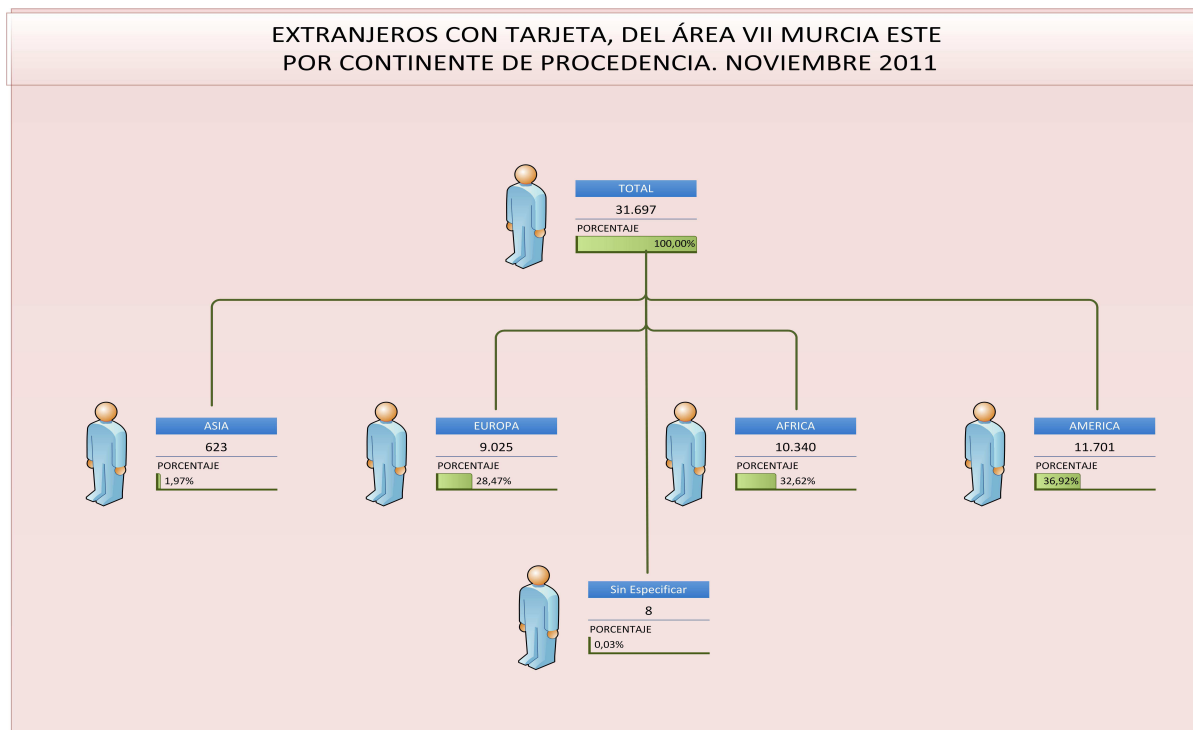
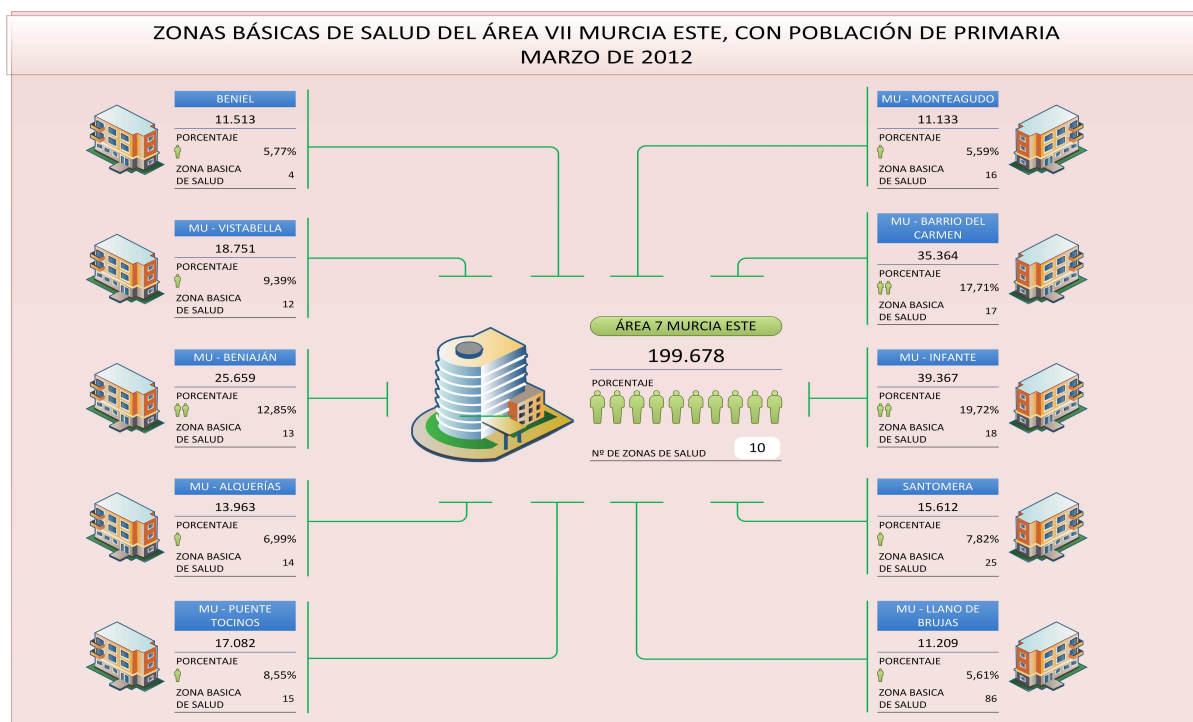
ÍNDICE DE POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA

	Población Total	Población de 15 años a 64 años	Tasa dependencia
Área VII Murcia Este	199.678	137.683	69,0 %
Región de Murcia	1.415.462	963.798	68,0 %

Índice de población económicamente activa: Muestra el peso del grupo de población entre 15 y 64 años en proporción al total de la población.

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR INTERVALOS ETARIOS

	Área VII Murcia Este		Región de Murcia	
	Población	% Población	Población	% Población
Población de 0 a 23 meses	4.617	2,31 %	32.319	2,28 %
Población de 2 a 5 años	10.164	5,09 %	72.282	5,11 %
Población de 6 a 14 años	20.030	10,03 %	144.943	10,24 %
Población de 15 a 64 años	137.734	68,96 %	963.142	68,03 %
Población de 65 a 74 años	13.113	6,57 %	98.027	6,92 %
Población >74 años	14.081	7,05 %	105.014	7,42 %



ANEXO 2. CARTERA DE SERVICIOS HOSPITAL REINA SOFÍA.

HOSPITAL GENERAL U. REINA SOFÍA					
Indicadores por líneas de actuación: CARTERA DE SERVICIOS					
ESPECIALIDADES MEDICAS		HOSPITALIZACIÓN	CONS. EXTERNAS	URGENCIAS	Nº DE CAMAS
Alergia	A	X	X	MI	1
Análisis Clínicos	A			L	
Anatomía Patológica	A			L	
Anestesiología y Reanimación	A		X	F	
Aparato Digestivo	A	X	X	MI	8
Endoscopias de urgencias				L	
Bioquímica Clínica	A				
Cardiología	A	X	X	MI	22
Alerta hemodinámica					
Cirugía G. y Aparato Digestivo	A	X	X	F	46
Unidad de Mama	A	X	X	F	
Cirugía Maxilofacial	A	X	X		1
Dermatología Médico-Quirúrgica	A	X	X		1
Endocrinología y Nutrición	A	X	X	MI	2
Farmacia Hospitalaria	A			L	
Hematología y Hemoterap.	A			L	
Medicina Intensiva	A	X		F	12
Medicina Interna	A	X	X	F	70
Infecciosos		X	X	F	12
UCE (Unidad de Corta Estancia)		X	X	F	16
UDH (Unidad de Desintoxicación Hospitalaria)		X	X	F	4
Microbiología y Parasitol.	A			L	
Nefrología	A	X	X	MI	10
Neumología	A	X	X	MI	14
Neurofisiología Clínica	A		X		
Neurología	A	X	X	MI	19
Ginecología	A	X	X	L	11
Oftalmología	A	X	X	L	2
Oncología Médica	A				
Otorrinolaringología	A	X	X	L	6
Psiquiatría	A	X	X	F	24
UTA (Unidad Trastornos de la Alimentación)	A	X	X	F	6
Radiodiagnóstico	A			F	
Rehabilitación	A		X		
Reumatología	A	X	X	MI	2
Traumatología y C. Ortopéd.	A	X	X	F	26
Urología	A	X	X	L	15
Unidad de Suelo Pélvico	A	X	X	L	
Medicina Prev. y Salud Pública	A		X		
Estomatología	A		X		
Medicina Legal y Forense	A		X		
Archivo Historias Clínicas	A				
M. F. y C. / Urg. Hosp.	A			F	
A: AREA C: CARECE F: FÍSICA L: LOCALIZADA MI: MEDICINA INTERNA					330

ANEXO 3. RECURSOS HUMANOS DEL HURS
Distribución de los Recursos Humanos

Personal	Dotación Numérica
Personal Directivo	9
Personal Facultativo	442
Personal Sanitario no Facultativo	925
Personal no Sanitario	408
Total	1.784

Personal Directivo	
Puesto	Dotación Numérica
Director Gerente	1
Dirección Médica Asistencial	1
Dirección de Continuidad de Procesos	1
Director de Gestión y Servicios Generales	1
Director de Enfermería	1
Subdirección Médica Asistencia Servicios Médicos	1
Subdirección Médica Asistencial Servicios Quirúrgicos	1
Subdirección Médica Continuidad Asistencial	1
Subdirección de Gestión Económica Administrativa	1
Total	9

Personal Facultativo	
Puesto	Dotación Numérica
Jefe de Servicio	12
Jefe de Sección	35
Facultativo Especialista de Área	202
Médico de Familia	122
Médicos Pediatras	37
Médicos SUAP	20
Médicos ESAD	2
Odontostomatólogos	4
Farmacia Hospitalaria	2
Farmacia Atención Primaria	1
Personal Sanitario no Facultativo	5
Total	442

Personal Sanitario No Facultativo

Puesto	Dotación Numérica
Supervisor de Área Funcional	7
Supervisor de Unidad	29
Enfermero/a	355
Enfermero/a EAP	114
Enfermero/a SUAP	20
Enfermero/a ESAD	2
Mátronas de Área	10
Fisioterapeutas	5
Fisioterapeutas EAP	3
Higienista Dental	2
Terapeutas	1
Técnicos Especialistas Laboratorio	23
Técnicos Especialistas Radiodiagnóstico	16
Técnicos Especialistas Anatomía Patológica	7
Auxiliares de Farmacia	3
Auxiliares de Enfermería	314
Auxiliares de Enfermería EAP	20
Auxiliares de Enfermería ESAD	1
Total	932

Personal no Sanitario

Puesto	Dotación Numérica
Jefe de Servicio	4
Jefe de Sección	8
Ingeniero Superior	1
Grupo Técnico Función Administrativa	2
Documentalista	1
Trabajador Social	3
Trabajador Social EAP	3
Jefe de Taller	1
Jefe de Grupo	15
Jefe Equipo	7
Jefe Equipo EAP	6
Grupo Administrativo	17
Administrativo EAP	4
Técnico Especialista Informática	2
Encargado Equipo Personal de Oficio	4

Auxiliar Administrativo	81
Auxiliar Administrativo EAP	51
Telefonista	4
Cocinero	4
Conductor	20
Jefe de Personal Subalterno	1
Personal de Mantenimiento	13
Celador encargado de turno	3
Celador	88
Celador EAP	9
Celador SUAP	8
Ayudante de Servicios	38
Pinche de Cocina	10
Total	408

ANEXO 4. ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA DE MURCIA



HOSPITAL
TOTAL

Actividad Asistencial	Año 2011	Año 2012	Año 2013	Año 2014	Año 2015
AREA DE HOSPITALIZACIÓN					
Número de Altas	11.744	11.279	11.365	11.554	11.991
Índice de Ocupación	80,4%	78,8%	84,2%	85,9%	89,3%
AREA QUIRURGICA					
I. Q. Programadas Mayor	8.357	7.661	7.785	7.862	7.954
I. Q. Programadas con Hospitalización	3.379	3.158	3.079	3.025	2.918
I. Q. Cirugía Mayor Ambulatoria	4.978	4.503	4.706	4.837	5.036
Índice de Sustitución Global	59,6	58,8	60,4	61,5	63,3
Cirugía Menor	10.187	8.927	9.236	9.934	9.570
LISTA DE ESPERA QUIRURGICA					
Demora Media	60,80	81,80	92,10	82,20	71,88
Nº de pacientes con > 150 días	77	508	719	515	334
AREA DE CONSULTAS EXTERNAS					
Consultas Totales	279.088	275.820	288.890	291.573	296.584
Primeras Consultas	109.794	106.976	110.664	109.505	109.043
Derivadas de primaria	102.895	97.733	99.690	97.446	99.086
Consultas Sucesivas	169.294	168.844	178.226	182.068	187.541

PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

Mamografías	3.383	3.509	3.485	3.518	1.954
TC	18.840	18.451	18.241	19.239	19.574
Eco RX	17.485	14.964	15.906	14.978	15.216
R.M.	3.210	3.572	3.961	3.881	4.169
Ecocardiograma	5.814	6.026	5.609	3.376	3.132
Holter	2.313	1.972	2.084	1.673	1.764
Pruebas de esfuerzo	2.304	1.325	1.498	1.293	1.134
Eco estrés	96	117	207	169	191
Colonoscopia-Recto	2.790	2.707	2.419	2.045	2.178
Gastroscoopia	2.612	2.190	2.024	2.151	2.121

HOSPITAL DE DIA

Médicos	5.998	5.421	6.159	6.595	6.538
Quirúrgicos	5.873	5.528	5.621	5.871	6.155

AREA DE URGENCIAS

Urgencias totales	95.188	90.856	91.176	93.090	96.523
Urgencias no ingresadas	87.195	82.996	83.279	85.131	88.155
Urgencias ingresadas	7.993	7.860	7.897	7.959	8.368

HOSPITALIZACION A DOMICILIO

Número de Ingresos	251	258	228	271	243
Estancia Media	6,5	6,2	7,0	6,2	6,7

ANEXO 5. LÍNEAS ESTRATÉGICAS DEL ÁREA VII.

1. Introducción.

2.- Objetivos del Plan Estratégico

2.1. Objetivos generales

- Definir que líneas estratégicas son esenciales para responder a las necesidades en salud de la población del Área VII Murcia-Este durante los próximos años.
- Establecer un marco de respuesta a las demandas de los profesionales para facilitar su desarrollo profesional y el buen desempeño de sus responsabilidades con el entorno comunitario.
- Asumir los retos que la sociedad integra de forma transversal en la prestación de la asistencia sanitaria como son la calidad, la seguridad, la innovación, el uso apropiado de los recursos económicos disponibles, y el respeto medioambiental en un marco global de Responsabilidad Social.

2.2. Objetivos específicos

- Establecer una jerarquización y priorización de las acciones propuestas a realizar durante los próximos tres años a través de una estratificación en líneas estratégicas (recogidas en el apartado 11.1."Resumen de las líneas estratégicas").
- Secuenciar los objetivos estratégicos integrados en dichas líneas y los objetivos operativos correspondientes.
- Definir los indicadores que permitan un seguimiento del cumplimiento del Plan y la evaluación que facilite en su caso las reformulaciones adecuadas.
- Establecer las responsabilidades en el desarrollo y buen término del propio Plan.

3.- Misión, Visión y Valores del Área de Salud

El Área de Salud VII (Murcia-Este) configura una demarcación sanitaria responsable inmediata de velar por la salud de los ciudadanos que en ella habitan, fomentando la prevención, los hábitos saludables y procurando el cuidado y la atención sanitaria cuando estos sean precisos, para ello se articula sobre el principio de la continuidad asistencial, basada en la orientación al paciente al que se enfocan los recursos asistenciales de centros de salud de atención primaria, centros de salud mental, servicios de urgencia, unidades de paliativos y el hospital que la constituyen.

Su vocación de servicio asistencial se concreta en su misión, visión y valores, compartidos y asumidos por todos los que trabajan en el Área.

MISIÓN

- Garantizar la asistencia sanitaria, a través de una atención biopsicosocial integral del paciente, prioritariamente desarrollada hacia los ciudadanos de las Zonas Básicas de Salud asignadas por el Servicio Murciano de Salud.
- Todas sus actividades se orientan a satisfacer las necesidades y expectativas de la población en materia de salud, con criterios de eficiencia y eficacia, asegurando la equidad, la accesibilidad, la seguridad y la continuidad asistencial.

- La vocación de transmisión y creación de conocimiento se desarrolla a través de la docencia de pre y postgrado en el ámbito de las Ciencias de la Salud., manifestando específicamente su compromiso renovado con la formación especializada acreditada y estableciendo alianzas con universidades e instituciones docentes.
- Tanto la asistencia sanitaria como la docencia se basan en los conocimientos científico-técnicos actuales de sus profesionales, acorde con la evidencia científica y la experiencia acumulada.
- La investigación, la innovación y la actualización permanente son asumidas como obligaciones inherentes al mantenimiento de altos niveles de calidad asistencial, y son consecuencia e impulsos directos de la actividad docente.
- Todos los recursos asistenciales del Área actúan de forma cooperativa y coordinada, y colaboran con otras instituciones y centros implicados con la salud, garantizando la continuidad asistencial y la promoción de la salud en los ciudadanos.

VISIÓN

- Buscamos el reconocimiento por parte de los pacientes y del entorno social como una Organización excelente por su calidad asistencial, credibilidad de sus profesionales y utilización eficaz de sus recursos, en un entorno de trato humanizado.
- Planificamos las actividades básicas como procesos orientados al paciente que serán evaluados, controlados y continuamente mejorados. * Queremos ser una Organización flexible que se adapte a la evolución de las necesidades de la sociedad.
- Promovemos la participación de la comunidad estableciendo alianzas que contribuyan a la consecución de los objetivos del Área.
- Fomentamos espacios y ámbitos de trabajo en los que la creatividad y productividad de los profesionales sea reconocida, valorada y recompensada.
- Aspiramos a ser destino de elección para estudiantes, residentes y profesionales por la calidad humana, reconocimiento personal, nivel tecnológico, recursos materiales, formación continuada, investigación y accesibilidad.
- Queremos convertirnos en Área de referencia en la investigación y la innovación aplicada a la clínica.

VALORES

Compartimos e impulsamos, entre otros, los siguientes valores:

- Respeto a la dignidad, autonomía y singularidad del paciente.
- Los pacientes y sus familiares o allegados son el centro de referencia y de actuación de nuestra Organización.
- Velamos por la seguridad del paciente y de los trabajadores del Área.
- Basamos nuestra conducta profesional y personal en la ética y el rigor científico.
- Promovemos el respeto mutuo y el trabajo en equipo.
- Fomentamos la vocación, dedicación y compromiso de nuestros profesionales.
- Creemos en el valor de la identificación de los profesionales con la misión del Área.
- Colaboramos en todas nuestras actuaciones con la sostenibilidad medioambiental.
- Utilizamos los recursos disponibles de forma adecuada, efectiva y eficiente.
- Nos sentimos depositarios de una responsabilidad social que sobrepasa y complementa nuestros objetivos más inmediatos.

En síntesis, creemos en un:

“Compromiso asistencial impregnado de valores”

4.- Metodología seguida para la elaboración del Plan Estratégico

Todas las organizaciones precisan establecer de forma clara y definida sus estrategias y objetivos en el corto, medio y largo plazo. Además esta exigencia se ha convertido no solo en una lógica de la gobernanza sino en un instrumento operativo y de responsabilidad social.

Ante estos considerandos y superada la fase inicial de constitución y creación del Área de Salud VII Murcia–Este, la Dirección Gerencia y la Comisión de Dirección de esta ha impulsado la elaboración del documento Plan Estratégico del Área de Salud VII (Murcia- Este). Ha sido muy común que estos planes se encargasen a consultoras y empresas auditoras ajenas y externas a las organizaciones que los demandaban.

Sin restar un ápice las bondades de la metodología seguida en esas situaciones, en este caso por razones y motivos de naturaleza diversa – económicos, de orientación, entorno etc. - se ha creído más útil y eficiente la confección de un documento estratégico a partir de la propia reflexión y análisis interno.

Partiendo de este principio la Comisión de Dirección del Área determinó la necesidad de elaborar el Plan encargando al Área de Calidad que actuase como redactor ponente de la estructura, contenidos y filosofía del mismo a partir de las orientaciones estratégicas generales que en un primer momento fueron definidas por la comisión de dirección.

El área de calidad recabó la información necesaria y la documentación sobre los requerimientos que un plan estratégico precisa. En este caso se valoraron enfoques de otras organizaciones sanitarias y se requirieron los oportunos documentos.

El grupo ponente tuvo en consideración el principio de subsidiariedad competencial del área dentro del Servicio Murciano de Salud a la hora de elaborar la arquitectura del documento y posteriormente en la incorporación de sus contenidos. Se optó por incorporar la terminología EFQM y se estableció como principio el alineamiento de las líneas estratégicas propias con las del SMS y Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia.

Una vez definida la estructura del documento y su filosofía se definieron las grandes líneas estratégicas de las que cuelgan los objetivos estratégicos y operativos.

En una segunda fase los grupos de trabajo se abrieron a la incorporación de todos los profesionales con libertad para la enmienda y modificación e incorporación de objetivos y contenidos.

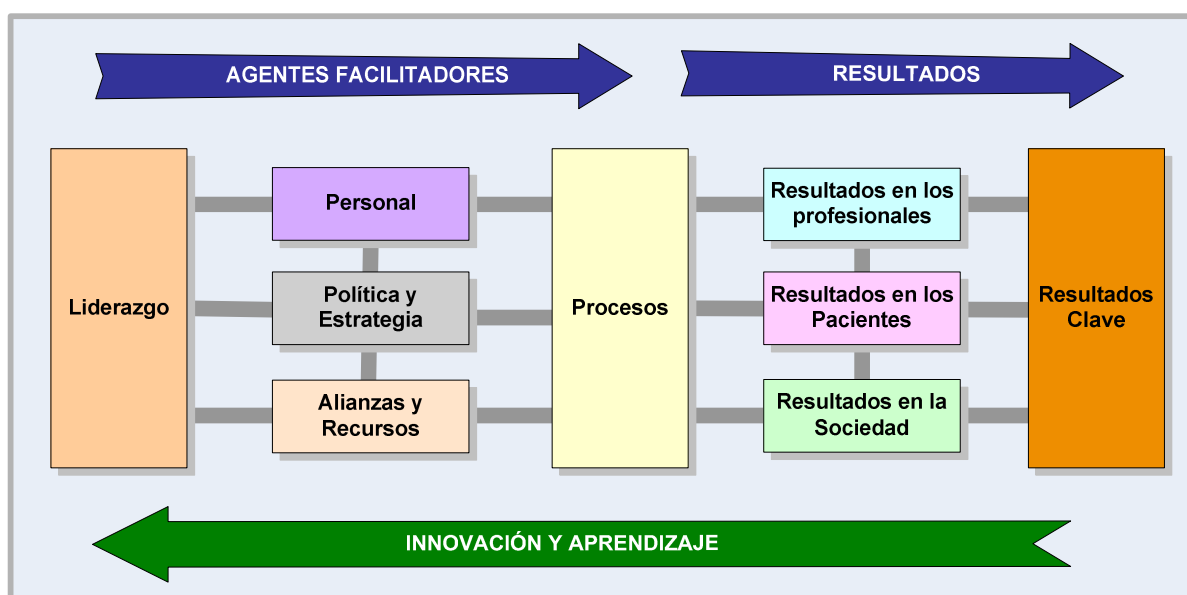
Tras esta fase de debate el documento fue redactado por el Área de Calidad para su sometimiento inicial al análisis y aportaciones de los miembros de la Comisión de Dirección y posteriormente incorporar las modificaciones oportunas.

El documento ha sido contrastado con el Plan de Salud y las Líneas Estratégicas 2015.

En contenidos y redacción final han participado miembros de las tres divisiones (Médica, Enfermería y Gestión) así como de los dos niveles asistenciales (Primaria y Hospitalaria).

Aprobado en Comisión de Dirección, el Plan Estratégico será incorporado al acervo documental del Área y divulgado en Comisiones Clínicas y en los órganos de gestión de la calidad y difundido en la intranet propia del Área de Salud VII (Murcia- Este).

5.- Ejes estratégicos



El Plan se articula en “Ejes” que aúnan los conceptos en torno a los agentes facilitadores y los resultados del Modelo EFQM. Los cinco ejes se despliegan en:

- **Líneas estratégicas:** recogen las distintas áreas conceptuales que se van a abordar en cada uno de los ejes. Reflejan los propósitos más generales (mayor nivel de abstracción) que la organización se marca a largo plazo (3 años). Las metas se marcan teniendo en cuenta la misión, visión y valores de la organización.
- **Acciones estratégicas:** especifican los ámbitos de actuación en los que se pretende introducir un cambio importante o desarrollar proyectos ya iniciados, en los próximos 3 años. Para cada acción estratégica será nombrado un responsable que a su vez designará al responsable/s de los objetivos estratégicos que se marquen para desarrollar la acción.
- **Objetivos estratégicos:** pretenden orientar las acciones estratégicas hacia un fin medible que permita reconocer su efectividad. Para cada objetivo estratégico se nombrará un responsable de su despliegue y seguimiento y se cumplimentará una “ficha de evolución”.
- **Objetivos operativos:** los marcan los responsables asignados a cada uno de los objetivos estratégicos y recogen actividades o intervenciones concretas a realizar. Para cada objetivo operativo se nombrará a un propietario que será el encargado de su desarrollo.

La “ficha de evolución” se articula en torno a un diagrama de Gantt, con asignación de “propietario” para cada uno de los objetivos operativos. La ficha se mantendrá permanentemente actualizada por el responsable o propietario y podrá ser consultada, vía electrónica, tanto por el responsable de la acción como del objetivo estratégico.

- **Indicadores:** instrumentos o mecanismos de medida cualitativos o cuantitativos que sirven para medir o evaluar hasta que punto o en que medida se están logrando los objetivos marcados.

5.1. Resumen de las líneas estratégicas

EJE: LIDERAZGO

LINEA ESTRATÉGICA: L1. Formular la misión, visión y valores de la Organización y el código ético en el que se desarrolla la estructura del Área de Salud

L1.AE1. Adecuar la misión, visión y valores de la Organización.

L1.AE2. Impulsar y colaborar en el desarrollo del código ético y de buenas prácticas.

LINEA ESTRATÉGICA: L2. Garantizar el desarrollo, implantación y mejora continua del sistema de gestión de la Organización mediante el liderazgo del Equipo Directivo.

L2.AE1. Impulsar la comunicación del Equipo Directivo con los profesionales del Área.

L2.AE2. Potenciar el liderazgo del Equipo Directivo y de los mandos intermedios.

L2.AE3. Implicar a los líderes de la Organización en el logro de los objetivos marcados en los acuerdos de gestión.

EJE: POLÍTICA Y ESTRATEGÍA

LINEA ESTRATÉGICA: PyE1. Avanzar hacia la integración asistencial entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria.

PyE1.AE1. Desarrollar, en toda su funcionalidad, las estructuras organizativas y potencialidades del Área de Salud.

LINEA ESTRATÉGICA: PyE2. Satisfacer las necesidades y expectativas de los clientes y de la población.

PyE2.AE1. Orientar la atención a las necesidades y expectativas de los ciudadanos.

PyE2.AE2. Avanzar en la implementación de la atención al paciente crónico, terminal y al paciente crónico con trastorno mental grave.

PyE2.AE3. Mejorar la información y participación en el proceso asistencial.

PyE2.AE4. Informar y hacer que se respeten en el Área de Salud, los derechos de los usuarios del sistema sanitario de la Región de Murcia.

LINEA ESTRATÉGICA: PyE3. Promover la implicación del ciudadano con su salud

PyE3.AE1. Fomentar conductas y estilos saludables de vida.

LINEA ESTRATÉGICA: PyE4. Establecer compromisos orientados a la sostenibilidad del sistema y a la mejora de la calidad y la eficiencia

PyE4.AE1. Desarrollar mejoras en la gestión económica y en los aprovisionamientos, enfocados a conseguir una mayor eficiencia y sostenibilidad del sistema sanitario.

PyE4.AE2. Mejorar la política de prescripción y consumo de tratamientos farmacológicos.

PyE4.AE3. Impulsar los logros de la Organización en base a los objetivos marcados por el acuerdo de gestión.

LINEA ESTRATÉGICA: PyE5. Desarrollar la excelencia en la actividad asistencial

PyE5.AE1. Impulsar políticas de salud basadas en las mejores prácticas.

PyE5.AE2. Favorecer la accesibilidad a los servicios de salud.

PyE5.AE3. Establecer un sistema de gestión que potencie la seguridad clínica para los pacientes.

PyE5.AE4. Evaluación y mejora de la calidad de los cuidados de enfermería.

PyE5.AE5. Implementar el proceso de normalización de documentos.

LINEA ESTRATÉGICA: PyE6. Avanzar hacia la normalización e integración asistencial entre los diferentes recursos de Salud Mental del Área.

PyE6.AE1. Completar la estructura organizativa como Gerencia Única de Área en SM.

LINEA ESTRATÉGICA: PyE7. Optimizar y racionalizar la prescripción de estudios de radiodiagnóstico en el Área de Salud.

PyE7.AE1. Disponer de procedimientos de adecuación de la prescripción enfocados al diagnóstico.

LINEA ESTRATÉGICA: PyE8. Desarrollar el sistema de gestión medioambiental en el Área de Salud.

PyE8.AE1. Implantar en Atención Primaria un modelo de gestión avanzada de residuos sanitarios.

LINEA ESTRATÉGICA: PyE9. Reducir la mortalidad, morbilidad y complicaciones de los pacientes diabéticos.

PyE9.AE1. Implantar un plan integral de atención al diabético a través de la Unidad de Diabetes del Área de Salud.

EJE: PERSONAS

LINEA ESTRATÉGICA: P1. Gestionar los recursos humanos del Área de Salud

P1.AE1. Promover acciones que mejoren la satisfacción de los trabajadores del Área de Salud.

P1.AE2. Prevenir los riesgos de los profesionales para el mantenimiento de su seguridad y salud laboral.

LINEA ESTRATÉGICA: P2. Desarrollar y adecuar la formación continuada y la formación sanitaria especializada de las personas de la Organización

P2.AE1. Potenciar la formación continuada y especializada de los profesionales atendiendo a sus necesidades y a las de la propia Organización.

EJE: ALIANZAS Y RECURSOS

LINEA ESTRATÉGICA: AyR1. Incrementar el compromiso con la sociedad

AyR1.AE1. Impulsar los procesos para establecer un sistema de gestión medioambiental integrado en todos los centros del Área de Salud.

LINEA ESTRATÉGICA: AyR2. Adecuar la incorporación y uso de tecnologías de la información y la comunicación para el conocimiento y la toma de decisiones

AyR2.AE1. Implementar los sistemas de información en su totalidad.

LINEA ESTRATÉGICA: AyR3. Fomentar la investigación en ciencias de la salud en el Área de Salud

AyR3.AE1. Favorecer, a través de los órganos coordinadores en la investigación en el Área de Salud, aquellas líneas de investigación que potencialmente presentan mayor impacto.

LINEA ESTRATÉGICA: AyR4. Consolidar los vínculos con las Universidades y otros niveles medios y superiores educativos

AyR4.AE1. Colaborar con las Universidades y otros niveles educativos, medios y superiores e incrementar la comunicación.

EJE: PROCESOS

LINEA ESTRATÉGICA: Pro1. Desarrollar los procesos corporativos de gestión en el Área de Salud para reducir la variabilidad en la prestación de servicios y el consumo inapropiado de recursos

Pro1.AE1. Adaptar al Área los procesos corporativos de gestión y de soporte definidos por SMS.

LINEA ESTRATÉGICA: Pro2. Desplegar en el Área de Salud los procesos asistenciales comunes al SMS y mejorar su calidad

Pro2.AE1. Impulsar los procesos asistenciales comunes al SMS que están vinculados a la asistencia de una determinada enfermedad, monitorizando y mejorando los resultados.

LINEA ESTRATÉGICA: Pro3. Implantar en el Área de Salud las “Recomendaciones para la prevención primaria de la enfermedad tromboembólica venosa (ETEV) al ámbito hospitalario de la Región de Murcia”.

Pro3.AE1. Implementar las recomendaciones para la prevención primaria de la ETEV en el HGURS.

5.2. Desarrollo de las líneas estratégicas

LIDERAZGO

Es uno de los factores clave en la gestión de las organizaciones. A los líderes les corresponde facilitar la consecución de la misión y visión de la Organización, asegurando que el sistema de gestión se desarrolle de acuerdo con sus valores, motivando y apoyando a los profesionales que la integran para que, tras la búsqueda de la mejora continua, se alcance la excelencia.

EJE: LIDERAZGO			
LINEA ESTRATÉGICA: L1. Formular la misión, visión y valores de la Organización y su el código ético en el que se desarrolla la estructura del Área de Salud.			
ACCIONES ESTRATÉGICAS	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	INDICADORES	EVALUACIÓN DEL IMPACTO
Responsable: Dirección Gerencia.	Responsable: Dirección Médica, Dirección de Enfermería y Dirección de Gestión		
L1.AE1. Adecuar la misión, visión y valores de la Organización	L1.AE1.OE1. Desplegar la misión, visión y valores del Área entre los profesionales	Acciones en las que se despliega la misión, visión y valores de la Organización	Fuente: Actas, notas interiores, registros informáticos y cartelería alegórica Cálculo: N° absoluto de acciones Meta: A evaluar Periodicidad medición: Anual
L1.AE2. Impulsar y colaborar en el desarrollo del código ético y de buenas prácticas	L1.AE2.OE1. Debatir y, una vez aprobado, difundir el código ético y de buenas prácticas	Foros abiertos para debatir y difundir el código ético y de buenas prácticas	Fuente: Actas, registros informáticos, etc. Cálculo: N° absoluto de foros abiertos Meta: Despliegue del código ético y de buenas prácticas en toda la Organización Periodicidad medición: Anual
LINEA ESTRATÉGICA: L2. Garantizar el desarrollo, implantación y mejora continua del sistema de gestión de la organización mediante el liderazgo del Equipo Directivo.			
ACCIONES ESTRATÉGICAS	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	INDICADORES	EVALUACIÓN DEL IMPACTO:
Responsable: Dirección Gerencia.	Responsable: Dirección Médica, Dirección de		

	Enfermería y Dirección de Gestión.		
L2.AE1. Impulsar la comunicación del Equipo Directivo con los profesionales del Área	L2.AE1.OE1. Fomentar la participación del Equipo Directivo en los distintos foros de la Organización	Grupos de trabajo en los que participa algún miembro del Equipo Directivo (Comisiones clínicas, unidades funcionales, GTGP, OSCG, etc.)	Fuente: Registro de los foros de trabajo en la Organización Cálculo: N° absoluto Meta: \geq años anteriores Periodicidad medición: Anual
L2.AE2. Potenciar el liderazgo del Equipo Directivo y de los mandos intermedios	L2.AE2.OE1. Mejorar las competencias de los líderes de la Organización	Acciones formativas relacionadas con la evaluación y mejora de la calidad incluidos en el Plan de Formación	Fuente: EMCA – FFIS – U. Formación, etc.. Cálculo: N° de líderes que participan en acciones formativas x100 / N° total de líderes de la Organización Meta: \geq años anteriores o al menos 3 acciones formativas Periodicidad medición: Anual
L2.AE3. Implicar a los líderes de la Organización en el logro de los objetivos marcados en los acuerdos de gestión	L2.AE3.OE1. Coordinar el seguimiento y evaluación de los acuerdos de gestión	Acuerdos firmados con los servicios, unidades y equipos	Fuente: OSCG Cálculo: N° acuerdos firmados x 100 / N° de servicios, unidades y equipos que tendrían que firmar Meta: 100% Periodicidad medición: Anual
		Acuerdos evaluados	Fuente: OSCG Cálculo: N° acuerdos evaluados x 100/ N° acuerdos firmados Meta: 100% Periodicidad medición: Anual

PERSONAS

Refleja como gestiona, desarrolla y aprovecha la Organización el conocimiento y el potencial de los profesionales que trabajan en ella, tanto en el ámbito individual como en equipos, y cómo planifica las actividades en apoyo de su política y su estrategia y del eficaz funcionamiento de sus procesos.

EJE: PERSONAS			
Gestionar los recursos humanos del Área de Salud.			
ACCIONES ESTRATÉGICAS	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	INDICADORES	EVALUACIÓN DEL IMPACTO:
Responsable: Dirección Gerencia	Responsable: Dirección Médica, Dirección de Enfermería y Dirección de Gestión		
P1.AE1. Promover acciones que mejoren la satisfacción de los trabajadores del Área de Salud	P1.AE1.OE1. Diseño e implementación de un plan de mejora de la comunicación basado en los resultados de las encuestas a profesionales del SMS	Plan de mejora de la comunicación	Fuente: Actas de la Comisión de Dirección Cálculo: N° absoluto Meta: Plan aprobado y difundido Periodicidad medición: Marcada por el acuerdo gestión
		Mejora de los resultados de las encuestas a profesionales del SMS	Fuente: Encuestas a profesionales del SMS Cálculo: Resultado EMCA Meta: Mejora resultados encuestas previas Periodicidad medición: Según periodo establecido por EMCA
P1.AE2. Prevenir los riesgos de los profesionales para el mantenimiento de su seguridad y salud laboral	P1.AE2.OE1. Mantener actualizados los Planes de Autoprotección de los centros de trabajo dependientes del Área de Salud	Planes de autoprotección actualizados	Fuente: Planes de autoprotección de los centros de trabajo del Área de Salud Cálculo: $N^{\circ} \text{ planes autoprotección actualizados} \times 100 / N^{\circ} \text{ de centros}$ Meta: 2013: 30%. 2014: 80%. 2015: 100%. Periodicidad medición: Anual
	P1.AE2.OE2. Cumplimentar los Planes de Actuaciones Preventivas derivados de las evaluaciones de riesgos	Actuaciones preventivas ejecutadas	Fuente: Planes de actuaciones preventivas derivados de las evaluaciones de riesgos Cálculo: $N^{\circ} \text{ actuaciones preventivas de nivel de riesgo intolerable e importante ejecutadas} \times 100 / N^{\circ} \text{ total actuaciones indicadas}$

	realizadas		Meta: 90% (2013), 95% (2014), 100% (2015) Periodicidad medición: Anual
	P1.AE2.OE3 Adecuar y reubicar a los profesionales del Área por motivos de salud	Adecuaciones y reubicaciones	Fuente: Actas de la Comisión de Adaptación y Reubicación del Puesto Cálculo: N° adecuaciones y reubicaciones analizadas por la Comisión x 100 / N° total de adecuaciones y reubicaciones solicitadas Meta: 100% Periodicidad medición: Anual
LINEA ESTRATÉGICA: P2.Desarrollar y adecuar la formación continuada y la formación sanitaria especializada de las personas de la Organización.			
ACCIONES ESTRATÉGICAS	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	INDICADORES	EVALUACIÓN DEL IMPACTO:
Responsable: Dirección Gerencia	Responsable: Dirección Médica, Dirección de Enfermería y Dirección de Gestión.		
P2.AE1. Potenciar la formación continuada y especializada de los profesionales atendiendo a sus necesidades y a las de la propia Organización	P2.AE1.OE1 Monitorizar y mejorar la formación continuada	Participación de los profesionales en las actividades programadas en el PFC	Fuente: Unidad de Formación Continuada Cálculo: N° de profesionales que participan en el PFC x 100 / N° total de profesionales del Área Meta: 30% Periodicidad medición: Anual
		Tasa de respuesta de encuestas de satisfacción	Fuente: Unidad de Formación Continuada Cálculo: N° de encuestas contestadas x 100 / N° de profesionales que participan en las actividades programadas en el PFC Meta: >70% Periodicidad medición: Anual
	P2.AE1.OE2 Avanzar en el desarrollo del sistema formativo de residencia en el Área	Actualización del Plan de Gestión de la Calidad Docente (PGCD)	Fuente: Actas de la Comisión de Docencia Cálculo: Actualización del Plan Meta: Plan actualizado Periodicidad medición: BIANUAL
		Evaluación de los indicadores recogidos en el PGCD	Fuente: Actas de la Comisión de Docencia Cálculo: N° de indicadores evaluados x 100 / N° de indicadores recogidos en el PGCD

			Meta: 100%
			Periodicidad medición: Anual
		Revisión y actualización de las guías/itinerarios formativos tipo	Fuente: Actas de la Comisión de Docencia
			Cálculo: N° de itinerarios formativos tipo revisados y adaptados al modelo aprobado por la Comisión de Docencia x 100/ N° total de itinerarios formativos tipo
			Meta: 100%
			Periodicidad medición: Anual
		Protocolos de supervisión y responsabilidad progresiva de los residentes en urgencias y en otras áreas	Fuente: Actas de la Comisión de Docencia y página web de Formación Sanitaria Especializada
			Cálculo: N° protocolos implantados/ revisados al año.
			Meta: 2013: Existe protocolo en el Área de Urgencias. 2014: Existe protocolo en el resto de dispositivos. 2015: revisión, evaluación y plan de mejora del protocolo.
			Periodicidad medición: Anual
		Plan individual de formación de cada residente	Fuente: Actas de la Comisión de Docencia
			Cálculo: N° de planes individuales de formación x 100 / N° de residentes
			Meta: 100%
			Periodicidad medición: Anual
		Planificación de la evaluación formativa	Fuente: Actas de la Comisión de Docencia
			Cálculo: N° de informes normalizados de evaluación x 100 / N° de informes de evaluación
			Meta: 100%
			Periodicidad medición: Anual

ESTRATÉGIA

Hace referencia a como la Organización implanta su misión y visión a través de una estrategia centrada en todos los grupos de interés y apoyada en políticas, planes, objetivos, metas y procesos relevantes.

EJE: POLÍTICA Y ESTRATEGÍA			
Avanzar hacia la integración asistencial entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria.			
ACCIONES ESTRATÉGICAS	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	INDICADORES	EVALUACIÓN DEL IMPACTO:
Responsable: Director Gerente	Responsable: Dirección Médica, Dirección de Enfermería y Dirección de Gestión.		
PyE1.AE1. Desarrollar, en toda su funcionalidad, las estructuras organizativas y potencialidades del Área de Salud.	PyE1.AE1.OE1. Analizar el rendimiento operativo del Área de Salud, a través de las comisiones de coordinación (Médica, Quirúrgica, Urgencias y de Continuidad)	Presentación de resultados	Fuente: Actas de las comisiones de coordinación
			Cálculo: Presentación de resultados en cada una de las comisiones de coordinación x 100 / N° de comisiones de coordinación
			Meta: 90%
			Periodicidad medición: Anual
	PyE1.AE1.OE2. Acceso a la historia clínica desde cualquier ámbito asistencial	Implantación de la estación clínica Selene	Fuente: Selene
			Cálculo: N° de servicios y unidades que tienen implantada la estación clínica Selene x 100 / N° total de servicios y unidades
			Meta: 50% (2013), 70% (2014), 80% (2015)
			Periodicidad medición: Anual
	PyE1.AE1.OE3. Fomentar ámbitos de participación conjunta entre los profesionales del Área	Participación de profesionales de los distintos niveles asistenciales en comisiones clínicas y unidades funcionales	Fuente: Actas de comisiones clínicas y unidades funcionales
			Cálculo: N° de comisiones clínicas y unidades funcionales con participación de AP y AE x 100 / N° total de comisiones clínicas y unidades funcionales
			Meta: 50%
		Procedimientos realizados / actualizados con participación de	Periodicidad medición: Anual
			Fuente: Actas del GTGP
			Cálculo: N° absoluto
			Meta: ≥ 2

		profesionales de distintos niveles asistenciales	Periodicidad medición: Anual	
LINEA ESTRATÉGICA:PyE2. Satisfacer las necesidades y expectativas de los clientes y de la población.				
ACCIONES ESTRATÉGICAS	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	INDICADORES	EVALUACIÓN DEL IMPACTO:	
Responsable: Dirección Gerencia	Responsable: Dirección Médica, Dirección de Enfermería y Dirección de Gestión.			
PyE2.AE1. Orientar la atención a las necesidades y expectativas de los ciudadanos	PyE2.AE1.OE1. Priorizar y realizar acciones de mejora relacionadas con los resultados obtenidos en las encuestas EMCA	Acciones de mejora emprendidas	Fuente: Actas de comisiones y unidades funcionales	
			Cálculo: N° de acciones de mejora	
			Meta: ≥ 1	
			Periodicidad medición: Anual	
PyE2.AE2. Avanzar en la implementación de la atención al paciente crónico, terminal y al paciente crónico con trastorno mental grave	PyE2.AE2.OE1. Mejorar la atención de los pacientes en las etapas finales de la vida	Incremento de los Formularios de SELENE de valoración de pacientes de cuidados paliativos.	Fuente: Registros de cuidados paliativos	
			Cálculo: N° de Formularios de SELENE de valoración de pacientes de cuidados paliativos abiertos.	
			Meta: Incremento con respecto al año anterior	
	PyE2.AE2.OE2. Mejorar la atención del paciente crónico	Procedimientos de continuidad asistencial relacionados con la atención a pacientes crónicos implementados	Periodicidad medición: Anual	
			Fuente: GTGP	
			Cálculo: N° procedimientos de continuidad relacionados con la atención al paciente crónico	
	PyE2.AE2.OE3. Mejorar la atención a los pacientes crónicos con trastorno mental grave	Implantación del protocolo de Trastorno Mental Grave (TMG)	Meta: ≥ 2	
			Periodicidad medición: Anual	
			Fuente: Subdirección General de Salud Mental	
			Disminución de los ingresos y estancias en pacientes en	Cálculo: PAC realizados a pacientes nuevos con diagnóstico F-20 (Esquizofrenia) x 100 / N° de pacientes nuevos con diagnóstico F-20 (Esquizofrenia)
				Meta: ≥ 80%
				Periodicidad medición: Anual
			Fuente: Subdirección General de Salud Mental	
			Cálculo: Media de estancias hospitalarias/paciente en un año en ETAC /	

		tratamiento por los Equipos de tratamiento asertivo comunitario (ETAC)	media de estancias hospitalarias/paciente el año previo Meta: ≤ 1 Periodicidad medición: Anual
PyE2.AE3. Mejorar la información y participación en el proceso asistencial	PyE2.AE3.OE1 . Completar la normalización de los documentos de consentimiento informado (CI)	Documentos de CI normalizados.	Fuente: Sofianet Cálculo: N° de documentos de CI normalizados x 100/ N° de documentos de CI implantados en el Área de Salud Meta: 100% Periodicidad medición: Anual
PyE2.AE4. Informar y hacer que se respeten en el Área de Salud los derechos de usuarios del sistema sanitario de la Región de Murcia	PyE2.AE4.OE1 . Elaborar y difundir las “Guías” de información para usuarios y “Recomendaciones de cuidados al alta para el paciente y la familia”, de los procesos más frecuentes susceptibles de continuidad de cuidados	Actualización de las Guías de información para usuarios.	Fuente: Actas de GTGP Cálculo: N° de guías de información para usuarios actualizadas x 100 / N° de Guías disponibles en SOFIANET Meta: 80% Periodicidad medición: Anual
LINEA ESTRATÉGICA: PyE3. Promover la implicación del ciudadano con su salud.			
ACCIONES ESTRATÉGICAS	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	INDICADORES	EVALUACIÓN DEL IMPACTO:
Responsable: Dirección Gerencia.	Responsable: Dirección Médica, Dirección de Enfermería y Dirección de Gestión.		
PyE3.AE1.Fomentar conductas y estilos saludables de vida	PyE3.AE1.OE1 Realizar actividades de participación comunitaria en el Área orientadas al fomento de la salud, (ciclismo, marcha cardiosaludable, nutrición, actividades de educación para la salud en la escuela...)	Actividades con participación ciudadana	Fuente: Unidad Técnica de Comunicación Cálculo: N° de actividades con participación ciudadana desarrolladas Meta: ≥ 5 Periodicidad medición: Anual
LINEA ESTRATÉGICA: PyE4. Establecer compromisos orientados a la sostenibilidad del sistema y a la mejora de la calidad y la eficiencia.			
ACCIONES ESTRATÉGICAS	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	INDICADORES	EVALUACIÓN DEL IMPACTO:
Responsable: Dirección Gerencia.	Responsable: Dirección Médica, Dirección de Enfermería y Dirección de Gestión.		

PyE4.AE1. Desarrollar mejoras en la gestión económica y en los aprovisionamientos, enfocados a conseguir una mayor eficiencia y sostenibilidad del sistema sanitario	PyE4.AE1.OE1. Implantar el doble cajón en el Área	Unidades con doble cajón	Fuente: Dirección de Gestión Cálculo: Nº Unidades con doble cajón x 100 / Nº total de Unidades con almacenillo propio Meta: 90% (2013), 95% (2014), 100% (2015) Periodicidad medición: Anual
PyE4.AE2. Mejorar la política de prescripción y consumo de tratamientos farmacológicos	PyE4.AE2.OE1. Promover el uso racional de los medicamentos	Actuaciones realizadas para racionalizar la variabilidad en el uso de medicamentos	Fuente: Comisión de Dirección Cálculo: Nº de actuaciones realizadas para racionalizar la variabilidad en el uso de medicamentos Meta: ≥ 1 Periodicidad medición: Anual
PyE4.AE3. Impulsar los logros de la Organización, en base a los objetivos marcados por el acuerdo de gestión	PyE4.AE3.OE1. Evaluar y realizar el seguimiento de los objetivos marcados anualmente en los acuerdos de gestión.	Evaluación de los acuerdos de gestión.	Fuente: OSCG Cálculo: Puntuación obtenida en la evaluación del acuerdo de gestión. Meta: \geq que la mejor obtenida en los cinco años anteriores Periodicidad medición: Anual
LINEA ESTRATÉGICA: PyE5. Desarrollar la excelencia en la actividad asistencial.			
ACCIONES ESTRATÉGICAS	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	INDICADORES	EVALUACIÓN DEL IMPACTO:
Responsable: Dirección Gerencia.	Responsable: Dirección Médica, Dirección de Enfermería y Dirección de Gestión.		
PyE5.AE1. Impulsar políticas de salud basadas en las mejores prácticas	PyE5.AE1.OE1. Difundir las buenas prácticas en el Área de Salud	Buenas prácticas difundidas	Fuente: UFSP Cálculo: Nº de buenas prácticas difundidas Meta: ≥ 1 Periodicidad medición: Anual
PyE5.AE2. Favorecer la accesibilidad a los servicios de salud	PyE5.AE2.OE1. Mejorar indicadores de accesibilidad	Indicadores recogidos en adenda I.05.02 de Acuerdo de Gestión 2013-2015	Fuente: OMI-SELENE Cálculo: Según adenda Meta: Según adenda Periodicidad medición: Según adenda
PyE5.AE3. Establecer un sistema	PyE5.AE3.OE1. Sistema de	Incidencia de IRAS.	Fuente: SIVIN

de gestión que potencie la seguridad clínica para los pacientes	vigilancia y control de infecciones relacionadas con la atención sanitaria		Cálculo: Incidencia de infección nosocomial
			Meta: Objetivos corporativos
			Periodicidad medición: Semestral
	PyE5.AE3.OE2. Avanzar en el cambio cultural para mejorar la seguridad de los pacientes	Incremento de notificaciones del SiNASP	Fuente: SiNASP
			Cálculo: N° de notificaciones de SiNAPS
			Meta: ≥ 1
	PyE5.AE3.OE3. Progresar en la adherencia a la estrategia de cirugía segura	Adherencia al listado de verificación quirúrgica	Periodicidad medición: Anual
			Fuente: Selene
			Cálculo: SiNASP
	PyE5.AE3.OE4. Mejorar en el uso seguro del medicamento	Autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de medicamentos	Meta: 2013: 70%. 2014:80%. 2015:85%
			Periodicidad medición: Anual
			Fuente: ISMP
	PyE5.AE3.OE5. Mejorar la adherencia a la higiene de manos de los profesionales sanitarios	Cumplimiento de higiene de manos	Cálculo: Porcentaje de cumplimentación según aplicativo
			Meta: 65%
			Periodicidad medición: Trianual
		Consumo de preparados de base alcohólica en hospitalización	Fuente: Observación directa
			Cálculo: N° de acciones de higiene de manos x 100 / N° total de oportunidades de higiene de manos
			Meta: Mejora en relación a los datos del año anterior
			Periodicidad medición: Anual
		Consumo de preparados	Fuente: Suministros
			Cálculo: N° litros entregados x 1000 / N° pacientes-días (estancias) ¹
			Meta: Mejora en relación a los datos del año anterior
			Periodicidad medición: Anual
			Fuente: Suministros

¹ N° pacientes-días: Se refiere a la suma de pacientes ingresados diariamente durante el periodo de tiempo establecido. Para contabilizar los pacientes, el día de admisión debe contarse pero no el día del alta. Cuando un paciente es ingresado y dado de alta en el mismo día debe contabilizarse como 1.

		de base alcohólica en Atención Primaria	Cálculo: N° litros entregados x 1000 / N° de consultas-días ² Meta: Mejora en relación a los datos del año anterior. Periodicidad medición: Anual
PyE5.AE4. Evaluación y mejora de la calidad de los cuidados de enfermería.	PyE5.AE4.OE1. Impulsar los procesos relacionados con la gestión y mejora de la calidad de los cuidados de enfermería de atención primaria.	Indicadores GREMCCE de	Fuente: Supervisión Área de Calidad Cálculo: Guía de evaluación GREMCCE Meta: ≥ Evaluación anterior Periodicidad medición: Anual
			Fuente: Supervisión Área de Calidad Cálculo: Guía de evaluación GREMCCE Meta: ≥ Evaluación anterior Periodicidad medición: Anual
	PyE5.AE4.OE2. Impulsar los procesos relacionados con la gestión y mejora de la calidad de los cuidados de enfermería de hospitalización	Indicadores GREMCCE de	Fuente: GTGP Cálculo: N° de procedimientos normalizados anualmente Meta: ≥5 Periodicidad medición: Anual
			Fuente: GTGP Cálculo: N° de procedimientos revisados anualmente Meta: ≥5 Periodicidad medición: Anual
PyE5.AE5. Implementar el proceso de normalización de documentos	PyE5.AE5.OE1 Impulsar el proceso de normalización de documentos en todas las áreas de actividad del Área de Salud	Procedimientos normalizados	
		Procedimientos revisados	
LINEA ESTRATÉGICA: PyE6. Avanzar hacia la normalización e integración asistencial entre los diferentes recursos de Salud Mental del Área.			
ACCIONES ESTRATÉGICAS	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	INDICADORES	EVALUACIÓN DEL IMPACTO:
Responsable: Dirección Gerencia.	Responsable: Coordinador del Área VII de Salud Mental		
PyE6.AE1 Completar la estructura organizativa como Gerencia Única de Área en SM	PyE6.AE1.OE1. Creación y puesta en funcionamiento de la Comisión de Coordinación de Salud Mental del Área	Constitución de la Comisión de Coordinación de Salud Mental del Área, con	Fuente: Actas de la Comisión Coordinación de Salud Mental Cálculo: N° de sesiones Meta: 3 sesiones al año

² N° consultas-días: se refiere a la suma de pacientes atendidos en consulta diariamente durante el periodo de tiempo establecido.

		sesiones periódicas anuales	Periodicidad medición: Anual
	PyE6.AE1.OE2 . Fomentar la continuidad asistencial tras el alta hospitalaria	Continuidad asistencial tras alta hospitalaria	Fuente: SELENE
			Cálculo: Total de pacientes que NO acuden a la cita tras el alta hospitalaria y SI se notifica desde del CSM-CAD / Total de pacientes que no acuden a la cita tras el alta X 100
			Meta: > 70%
			Periodicidad medición: Anual
	PyE6.AE1.OE3 . Acceso a la historia clínica hospitalaria y a los resultados y pruebas diagnósticas desde cualquier ámbito asistencial	Centros de Salud Mental y CAD con acceso a Historia Clínica de SELENE del Hospital	Fuente: SELENE
			Cálculo: Nº de Centros de Salud Mental y CAD con acceso a la historia SELENE x100. / Nº total CSM y CAD del Área
			Meta: ≥ 90%
			Periodicidad medición: Anual
LINEA ESTRATÉGICA: PyE7. Optimizar y racionalizar la prescripción de estudios de radiodiagnóstico en el Área de Salud.			
ACCIONES ESTRATÉGICAS	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	INDICADORES: Recogidos en el formulario de objetivos propios de la Gerencia del acuerdo de gestión 2013-2015	EVALUACIÓN DEL IMPACTO: Recogida en el formulario de objetivos propios de la Gerencia del acuerdo de gestión 2013-2015.
Responsable: Dirección Gerencia.	Responsable: Dirección Médica, Dirección de Enfermería y Dirección de Gestión.		
PyE7.AE1. Disponer de procedimientos de adecuación de la prescripción enfocados al diagnóstico.	PyE7.AE1.OE1 . Elaborar, difundir y evaluar, procedimientos de adecuación de la prescripción radiológica.		
LINEA ESTRATÉGICA: PyE8. Desarrollar el sistema de gestión medioambiental en el Área de Salud.			
ACCIONES ESTRATÉGICAS	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	INDICADORES: Recogidos en el formulario de objetivos propios de la Gerencia del acuerdo de gestión 2013-2015	EVALUACIÓN DEL IMPACTO: Recogida en el formulario de objetivos propios de la Gerencia del acuerdo de gestión 2013-2015.
Responsable: Dirección Gerencia.	Responsable: Dirección Médica, Dirección de Enfermería y Dirección de Gestión.		
PyE8.AE1. Implantar en Atención Primaria un modelo de gestión avanzada de residuos sanitarios	PyE8.AE1.OE1 . Implantar en los centros de Atención Primaria un modelo de gestión avanzada de		

	residuos sanitarios, según los acuerdos derivados de la actividad del "Grupo de trabajo para la gestión ambiental en los centros sanitarios del SMS".		
LINEA ESTRATÉGICA: PyE9. Reducir la mortalidad, morbilidad y complicaciones de los pacientes diabéticos.			
ACCIONES ESTRATÉGICAS	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	INDICADORES:	EVALUACIÓN DEL IMPACTO:
Responsable: Dirección Gerencia.	Responsable: Dirección Médica, Dirección de Enfermería y Dirección de Gestión.	Recogidos en el formulario de objetivos propios de la Gerencia del acuerdo de gestión 2013-2015	Recogida en el formulario de objetivos propios de la Gerencia del acuerdo de gestión 2013-2015.
PyE9.AE1. Implantar un plan integral de atención al diabético a través de la Unidad de Diabetes del Área de Salud.	PyE9.AE1.OE1. Reducir la mortalidad, morbilidad y complicaciones, tanto agudas como crónicas, de los pacientes diabéticos del Área de Salud, mediante el control de los factores de riesgo.		

ALIANZAS Y RECURSOS

Este criterio recoge como planifica y gestiona la Organización sus alianzas externas y sus recursos internos para apoyar su política y su estrategia, y el funcionamiento eficaz de sus procesos. Es decir, como gestiona los colaboradores externos, los edificios, equipos y materiales, así como la tecnología, la información y los conocimientos.

EJE: ALIANZAS Y RECURSOS			
Incrementar el compromiso con la sociedad.			
ACCIONES ESTRATÉGICAS	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	INDICADORES	EVALUACIÓN DEL IMPACTO:
Responsable: Dirección Gerencia.	Responsable: Dirección Médica, Dirección de Enfermería y Dirección de Gestión.		
AyR1.AE1.Impulsar los procesos para establecer un sistema de gestión medioambiental integrado en todos los centros del Área de Salud	AyR1.AE1.OE1. Reforzar las políticas de compromiso medioambiental	Unidades hospitalarias y Centros de Atención Primaria (AP) que disponen de contenedores para la segregación de residuos sanitarios	Fuente: Dirección de Gestión
			Cálculo: N° de Unidades hospitalarias y Centros de AP que disponen de contenedores para la segregación de residuos sanitarios x100/ N° total de Unidades generadoras de este tipo de residuos y Centros de AP
			Meta: 100%
			Periodicidad medición: Anual
		Contratos de obras-suministros con cláusula medioambiental	Fuente: Dirección de Gestión
			Cálculo: N° de contratos de obras-suministros con cláusula medioambiental x100 / N° de contratos de obras-suministros firmados
			Meta: 100%
			Periodicidad medición: Anual
		Consumo energético anual de electricidad (kw/h) y gas	Fuente: Dirección de Gestión
	Cálculo: Diferencia entre el consumo energético del año anterior y el año vigente		
	Meta: 8% (2013), 15% (2014), 20% (2015)		
	Periodicidad medición: Anual		
LINEA ESTRATÉGICA: AyR2. Adecuar la incorporación y uso de tecnologías de la información y la comunicación para el conocimiento y la toma de decisiones.			

ACCIONES ESTRATÉGICAS	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	INDICADORES	
Responsable: Dirección Gerencia.	Responsable: Dirección Médica, Dirección de Enfermería y Dirección de Gestión.		
AyR2.AE1.Implementar los sistemas de información en su totalidad	AyR2.AE1.OE1. Consolidar los sistemas de soporte para la implantación y mantenimiento de las aplicaciones informáticas para la disponibilidad y accesibilidad de la información	Sistemas de información que ofrecen datos en tiempo y forma	Fuente: Control Gestión y Documentación Clínica. Cálculo: N° de sistemas de información que ofrecen datos en tiempo y forma x 100 / N° total de sistemas de información. Meta: 100% Periodicidad medición: Anual
		Mejoras introducidas en la intranet	Fuente: Servicio de Informática Cálculo: N° de mejoras introducidas en la intranet Meta: ≥ 3 Periodicidad medición: Anual
LINEA ESTRATÉGICA: AyR3. Fomentar la investigación en ciencias de la salud en el Área de Salud.			
ACCIONES ESTRATÉGICAS	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	INDICADORES	
Responsable: Dirección Gerencia	Responsable: Dirección Médica, Dirección de Enfermería y Dirección de Gestión.		
AyR3.AE1.Favorecer, a través de los órganos coordinadores en la investigación en el Área de Salud, aquellas líneas de investigación que potencialmente presentan mayor impacto	AyR3.AE1.OE1 Facilitar y promover el apoyo institucional al desarrollo de proyectos de investigación	Proyectos de investigación	Fuente: Actas de la Comisión de Investigación y del Comité Ético de Investigación Clínica. Cálculo: N° de proyectos aprobados anualmente Meta: ≥ 5 Periodicidad medición: anual
LINEA ESTRATÉGICA: AyR4. Consolidar los vínculos con las Universidades y otros niveles, medios y superiores, educativos.			
ACCIONES ESTRATÉGICAS	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	INDICADORES	EVALUACIÓN DEL IMPACTO:
Responsable: Dirección Gerencia.	Responsable: Dirección Médica, Dirección de Enfermería y Dirección de Gestión.		

AyR4.AE1. Colaborar con las Universidades y otros niveles educativos, medios y superiores e incrementar la comunicación	AyR4.AE1.OE1 Protocolizar la gestión de las prácticas	Procedimientos elaborados	Fuente: GTGP
			Cálculo: N° procedimientos de gestión de prácticas elaborados e implantados
			Meta: ≥ 1
			Periodicidad medición: Anual

PROCESOS

Determina cómo diseña, gestiona y mejora la Organización sus procesos con objeto de apoyar su política y estrategia y para satisfacer plenamente, generando valor de forma creciente, a sus clientes y sus otros grupos de interés.

La gestión por procesos centra las actuaciones en lo que aporta valor al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, en la agilidad y en la minimización de contactos, evitando complicaciones y eventos adversos. Todo ello permite reducir los costes e incrementar la eficiencia.

EJE: PROCESOS			
LINEA ESTRATÉGICA: Pro1. Desarrollar los procesos corporativos de gestión en el Área de Salud para reducir la variabilidad en la prestación de servicios y el consumo inapropiado de recursos.			
ACCIONES ESTRATÉGICAS	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	INDICADORES	EVALUACIÓN DEL IMPACTO:
Responsable: Dirección Gerencia.	Responsable: Dirección Médica, Dirección de Enfermería y Dirección de Gestión.		
Pro1.AE1. Adaptar al Área los procesos corporativos de gestión y de soporte definidos por SMS	Pro1.AE1.OE1. Adaptar, implementar y monitorizar los procesos corporativos de gestión	Procesos corporativos de gestión implantados	Fuente: OSCG
			Cálculo: N° de procesos corporativos de gestión implantados x 100/ N° total de procesos de gestión definidos por el SMS
			Meta: 100% (7 procesos)
			Periodicidad medición: Anual
		Planes de mejora relacionados con resultados de indicadores de procesos de gestión	Fuente: OSCG
			Cálculo: N° de procesos con planes de mejora x100 / N° de procesos implantados
			Meta: 50%
			Periodicidad medición: Anual

	Pro1.AE1.OE2. Adaptar, implementar y monitorizar los procesos corporativos de soporte	Procesos corporativos de soporte implantados.	Fuente: OSCG Cálculo: N° procesos corporativos de soporte implantados x100 / N° total de procesos de soporte definidos por el SMS Meta: A determinar por el SMS Periodicidad medición: Anual
LINEA ESTRATÉGICA: Pro2. Desplegar en el Área de Salud los procesos asistenciales comunes al SMS y mejorar su calidad.			
ACCIONES ESTRATÉGICAS	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	INDICADORES	EVALUACIÓN DEL IMPACTO:
Responsable: Dirección Gerencia	Responsable: Dirección Médica, Dirección de Enfermería y Dirección de Gestión.		
Pro.2.AE1. Impulsar los procesos asistenciales comunes al SMS que están vinculados a la asistencia de una determinada enfermedad, monitorizando y mejorando los resultados	Pro2.AE1.OE1. Monitorizar y mejorar los resultados del repertorio de indicadores que establezca el SMS para los procesos asistenciales comunes.	Indicadores monitorizados en el Área.	Fuente: CMBD-OMI AP Cálculo: Según Acuerdo Gestión Meta: Según Acuerdo Gestión Periodicidad medición: Anual
LINEA ESTRATÉGICA: Pro3. Implantar en el Área de Salud las “Recomendaciones para la prevención primaria de la enfermedad tromboembólica venosa (ETEV) al ámbito hospitalario la Región de Murcia”.			
ACCIONES ESTRATÉGICAS	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	INDICADORES:	EVALUACIÓN DEL IMPACTO:
Responsable: Dirección Gerencia	Responsable: Dirección Médica, Dirección de Enfermería y Dirección de Gestión.	Recogidos en el formulario de objetivos propios de la Gerencia del acuerdo de gestión 2013-2015	Recogida en el formulario de objetivos propios de la Gerencia del acuerdo de gestión 2013-2015.
Pro.3.AE1. Implementar las recomendaciones para la prevención primaria de la ETEV en el HGURS	Pro3.AE1.OE1. Implantar en el hospital, tanto en el área médica como en la quirúrgica, las “Recomendaciones para la prevención primaria de la ETEV al ámbito hospitalario de la Región de Murcia”		

ANEXO 6. CARTERA DE SERVICIOS DEL SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO DEL HGURS.

CARTERA DE SERVICIOS Y CATÁLOGO DE PRESTACIONES DEL SERVICIO DE RADIOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO “REINA SOFÍA” DE MURCIA

El Servicio de Radiología del Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia está organizado por Órganos y Sistemas, de tal modo que queda dividido en varias Unidades: **Tórax; Imagen Abdominal; Osteomuscular; Neuro,Cabeza y Cuello; Mama y Radiología Cardivascular e Intervencionista.**

cada exploración lleva un número de Código que corresponde al del Catálogo de la Sociedad Española de Radiología - versión 2004 (SERAM), y cada grupo de exploraciones se encuadra dentro de su correspondiente GR.

Las exploraciones que no llevan número, señaladas como *HGURS*, no están catalogadas por la SERAM.

En el Servicio vamos a realizar las siguientes exploraciones:

1. Todas las exploraciones que aparecen en nuestro Catálogo a:
 - **Pacientes de nuestra Área** que proceden de nuestro Hospital (Urgencias, Hospitalización y Consultas Externas)
 - **Pacientes de nuestra Área** que son remitidos de Consultas Externas de otros Hospitales y Centros, y que no existen en nuestro Hospital (ej. Neurocirugía)
 - **Pacientes de nuestra Área** que nos son remitidos de nuestros Centros de Atención Primaria para estudios Programados y Urgentes de Radiología Convencional
2. Exploraciones pactadas con la Gerencia de Primaria. En la actualidad realizamos directamente, sin pasar por Especializada, estudios de Mama, ecografías, TC y RM
3. Determinadas exploraciones a pacientes que, por diversas razones, nos sean encomendados por el Servicio Murciano de Salud

CARTERA DE SERVICIOS. SERVICIO DE RADIOLOGÍA. HGURS. MURCIA

TÓRAX			
CARTERA DE SERVICIOS	GR	COD	CATÁLOGO DE EXPLORACIONES
1.- RADIOLOGÍA SIMPLE			
	010	<u>EXPLORACIONES NO ESPECIALES</u>	
		70101	TÓRAX, PA
		70102	TÓRAX, PA Y LAT
		70103	PROYEC, ESPECIALES DE TÓRAX: DECÚBITOS, LORDÓTICAS
		70311	PARILLA COSTAL
		70312	ESTERNÓN
		70106	PARRILLA COSTAL, AP Y OBLÍCUAS
	011	<u>EXPLORACIONES ESPECIALES</u>	
		70113	RADIOSCOPIA DE TÓRAX
	012	<u>EXPLORACIONES CON PORTÁTIL</u>	
		7012	TÓRAX PORTÁTIL
	013	<u>EXPLORAC. QUIRÓFANO</u>	
		70105	EXPLORAC. QUIRÓFANO TÓRAX
2.- ULTRASONIDOS (ECOGRAFÍA)			
	134	<u>ECOGRAFÍA SIMPLE</u>	
		71343	ECOGRAFÍA DE TÓRAX

140	<u>ECOGRAFÍA PORTÁTIL</u>	
	71401	ECOGRAFÍA PORTÁTIL DE TÓRAX
142	<u>ECOGRAFÍA INTERVENCIONISTA</u>	
	71425	INTERVENCIONISMO DE TÓRAX CON CONTROL DE ECOGRAFÍA

**3.- TOMOGRAFÍA
COMPUTERIZADA (TC)**

099	<u>TC TORÁCICO</u>	
	70991	TC DE TÓRAX SIN CONTRASTE
	70992	TC DE TÓRAX CON CONTRASTE
	70993	TC DE TÓRAX SIN/CON CONTRASTE
	70994	TC DE TÓRAX ALTA DEFINICIÓN
	HGRS	ANÁLISIS DE NÓDULOS PULMONARES
107	<u>TC ENDOSCOPIA VIRTUAL</u>	
	71072	TC BRONCOSCOPIA
102	<u>TC INTERVENCIONISTA</u>	
	71021	DRENAJE PERCUTÁNEO DE CO LECCIONES CON TC
	71022	BIOPSIA CON AGUJA GRUESA CON TC
	71023	PUNCIÓN ASPIRACIÓN AGUJA FINA CON TC
104	<u>TC TÓRAX INFANTIL</u>	
	71041	TC DE TÓRAX SIN CONTRASTE
	71042	TC DE TÓRAX SIN/CON CONTRASTE

4.- RESONANCIA MAGNÉTICA (RM)		71047	TC TORÁCICO-ABDÓMINO-PÉL VICO SIN CONTRASTE	
		71048	TC TORÁCICO-ABDÓMINO-PÉL VICO SIN/CON CONTRASTE	
	099	TC TORACO ABDOMINO PÉLVICO		
		71001	TC TORACO ABDOMINAL SIN CONTRASTE	
		71002	TC TORACO ABDOMINAL CON CONTRASTE	
		71005	TC TORAX/ABDOMEN/PELVIS SIN CONTRASTE	
		71006	TC TORAX/ABDOMEN/PELVIS CON CONTRASTE	
		71007	TC CUELLO-TORAX-ABDOMEN PELVIS CON CONTRASTE	
		112	RM DE TÓRAX	
		71121	RM DE TÓRAX SIN CONTRASTE	
		71122	RM DE TÓRAX SIN CONTRASTE	
		71123	RM DE TÓRAX SIN Y CON CONTRASTE	
	127	RM INFANTIL		
		71271	RM DE TÓRAX SIN CONTRASTE	
		71272	RM DE TÓRAX SIN Y CON CONTRASTE	
IMAGEN ABDOMINAL				
CARTERA DE SERVICIOS		GR	COD	CATÁLOGO DE EXPLORACIONES
1.- RADIOLOGÍA SIMPLE				
		050	ABOMEN SIMPLE	
		70501	ABDOMEN SIMPLE AP	

	70502	ABDOMEN SIMPLE Y DECÚBITO Ó BIPEDEST
013		<u>EXPLORACIONES EN QUIRÓFANO</u>
	70132	EXPLORAC. QUIRÓF DIGESTIVAS
	70133	EXPLORAC. QUIRÓF UROLÓGICAS
060		<u>ESÓFAGO-GASTRO-DUODENAL</u>
	70601	ESÓFAGO
	70602	FUNCIÓN DE DEGLUCIÓN
	70603	ESÓFAGO GASTRODUODENAL
	70604	GASTRODUODENAL DOBLE CONTRASTE
	70605	GASTRODUODENAL CON TRÁN SITO INTESTINAL
	70606	GASTRODUODENAL CON DOBLE CONTRASTE Y TRÁNSITO INTEST.
	70607	TRÁNSITO INTESTINAL
	70608	ENTEROCLISIS
061		<u>COLON</u>
	70611	ENEMA OPACA
	70612	ENEMA DOBLE CONTRASTE
	70613	ENEMA OPACA POR COLOSTOMÍA
	70614	DEFECOGRAFÍA
062		<u>SIALOGRAFÍA</u>
	70621	SIALOGRAFÍA
070		<u>VÍA BILIAR</u>
	70701	VÍA BILIAR DIRECTA POR TUBO

270	<u><i>DIGESTIVOS PEDIÁTRICOS</i></u>	
	72701	ESOFAGOGRAMA AP Y LAT
	72702	ESÓFAGOGASTRODUODENAL
	72703	TRÁNSITO COMPLETO
	72704	ENEMA OPACA
	72705	COLOSTOGRAMA
	72706	ESTUDIO MALFORMACIÓN COLORRECTAL.
300	<u><i>DESINVAGINACIONES</i></u>	
	73002	DESINVAGIN CON BARIO
	73003	DESINVAGIN CON AIRE
071	<u><i>GENITO-URINARIO</i></u>	
	70711	UROGRAFÍA I.V
	70712	PIELOGRAF POR TUBO
	70713	CISTOGRAFÍA
	70714	URETROCISTO RETRÓGR
	70715	PIELOGRAF ASCENDENTE
	70719	CAVERNOSOGRAFÍA
	70716	HISTEROSALPINGOGRAFÍA
290	<u><i>UROLÓGICOS PEDIÁTRICOS</i></u>	
	72901	UROGRAFÍA I.V
	72902	NEFROSTOGRAMA
	72903	CISTOURETROGRAF MICCIONAL SERIADA (CUMS)
065	<u><i>FISTULOGRAFÍA</i></u>	

		70651	FISTULOGRAFÍA
2.- ULTRASONIDOS (ECOGRAFÍA)			
	134		<u>ECOGRAFÍA SIMPLE</u>
		71345	ECO ABDOMEN COMPLETO INCLUYE RENAL
		71346	ECO AP. URI. (RENAL Y VESICAL)
		71347	ECO ABDÓMINO PÉLVICA
		71350	ECO PÉLVICA
		71351	ECO DE ESCROTO Y TESTES
		71352	ECO DE PENE
			ECO URETRA CON SUERO
	140		<u>ECOGRAFÍA PORTÁTIL</u>
		71401	ECO PORTÁTIL
			ECO PORTÁTIL EN PLANTA
			ECO PORTÁTIL EN UVI
			ECO PORTÁTIL. CON DRENAJE
			ECO PORTÁTIL PEROPERATORIA
	142		<u>ECOGRAFÍA INTERVENCIONISTA</u>
		71421	BIOPSIA CON AGUJA GRUESA GUIADA POR ECO
		71422	PUNCIÓN ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA GUIADA POR
		71426	INTERVENCIONISMO DE ABDOMEN GUIADO POR ECO
		71427	INTERVENCIONISMO TRANSRECTAL CON ECO
	137		<u>ECO DOPPLER</u>
		71378	DOPPLER HEPÁTICO

3.- TOMOGRAFÍA COMPUTERIZADA (TC)		71379	DOPPLER RENAL
		71380	DOPPLER ABDOMINAL
		71381	DOPPLER DE PENE
		71382	DOPPLER DE TESTÍCULO
		71387	DOPPLER CON CONTRASTE
		71388	DOPPLER EN TRASPLANTE HEPÁTICO
		71389	DOPPLER EN TRASPLANTE RENAL
		71390	DOPPLER EN TRASPLANTE INTESTINAL
	141	<u>ECOGRAFÍA INTRAOPERATORIA</u>	
		7141	ECO INTRAOPERATORIA
	099	<u>TC ABDOMINAL</u>	
		70995	TC ABDOMEN SIN CONTRASTE
		70996	TC ABDOMEN CON CONTRASTE
		70997	TC ABDOMEN SIN/CON CONTRASTE
		70998	TC PELVIS SIN CONTRASTE
		70999	TC PELVIS CON CONTRASTE
		71000	TC PELVIS SIN/CON CONTRASTE
		71013	UROGRAFÍA CON TC
		71003	TC ABDÓMINO PÉLVICO SIN CONTRASTE
		71004	TC ABDÓMINO PÉLVICO CON CONTRASTE
		HGRSE	TC PERFUSIÓN HEPÁTICA
	170	<u>TC ENDOSCOPIA VIRTUAL</u>	
		71071	TC CISTOSCOPIA VIRTUAL
		71073	TC COLONOSCOPIA
		HGRS	OTRAS ENDOSCOPIAS VIRTUALES (VESÍCULA)

	102	<u>TC INTERVENCIONISTA</u>	
		71021	DRENAJE PERCUTÁNEO DE CO LECCIONES CON TC
		71022	BIOPSIA CON AGUJA GRUESA CON TC
		71023	PUNCIÓN ASPIRACIÓN AGUJA FINA CON TC
	104	<u>TC TÓRAX INFANTIL</u>	
		71043	TC DE ABDOMEN SIN CONTRASTE
		71044	TC DE ABDOM SIN/CON CONTRASTE
		71045	TC ABDOMINO PÉLVICO SIN CONTRASTE
		71046	TC ABDOMINO PÉLVICO CON CONTRASTE
	4.- RESONANCIA MAGNÉTICA (RM)		
	125	<u>RM DE ABDOMEN</u>	
	71251	RM DE ABDOMEN SIN CONTRASTE	
	71252	RM DE ABDOMEN SIN Y CON CONTRASTE	
	71254	RM DE PELVIS SIN CONTRASTE	
	71255	RM DE PELVIS SIN Y CON CONTRASTE	
	71256	RM DE HÍGADO SIN CONTRASTE	
	71257	RM DE HÍGADO SIN Y CON CONTRASTE	
	71258	COLANGIO RM	
	71259	COLANGIO RM E HÍGADO CON CONTRASTE	
	71263	RM DE PRÓSTATA ESPECTROSCOPIA	
127	<u>RM INFANTIL</u>		
	71275	RM DE ABDOMEN SIN CONTRASTE	
	71276	RM DE ABDOMEN SIN Y CON CONTRASTE	
	71278	RM DE PELVIS SIN CONTRASTE	

	71279	RM DE PELVIS SIN Y CON CONTRASTE		
OSTEOMUSCULAR				
CARTERA DE SERVICIOS	GR	COD	CATÁLOGO DE EXPLORACIONES	
1.- RADIOLOGÍA SIMPLE				
	040	EXTREMIDADES SUPERIORES		
		70401	CLAVICULA	
		70416	ARTICULACIÓN ESTERNO CLAVIC.	
		70402	ESCÁPULA	
		70403	HOMBRO AP Y AXIAL Ó ROTADAS.	
		70417	HOMBRO, DESFILADERO SUBACROMIAL	
		70404	AMBOS HOMBROS DOS PROYECC.	
		70405	HÚMERO,AP Y LATERAL.	
		70418	HÚMERO AP Y TRANSTORÁCICA	
		70406	CODO AP Y LATERAL	
		70407	ANTEBRAZO AP Y LA	
		70408	MUÑECA AP Y LATERAL	
		70419	MUÑECA, DINÁMICAS	
		70409	MUÑECA, ESCAFOIDES	
		70410	MUÑECA, 1 PROYECCIÓN	
		70411	MANOS, 1 PROYECCIÓN	
		70412	MANO, PA Y OBLÍCUA	
		70413	DEDOS, AP Y LATERAL	
	010	PARRILLA COSTAL Y ESTERNÓN		
		70311	PARRILLA COSTAL	
		70312	ESTERNÓN	
		70106	PARRILLA COSTAL AP Y OBLÍCUAS	

042	<u>EXTREMIDADES INFERIORES</u>	
	70307	PELVIS AP
	70308	PELVIS AP Y OBLÍCUAS
	70309	SACROILÍACAS PA
	70310	SACROILÍACAS PA Y OBLÍCUAS
	70421	CADERA AP
	70422	CADERA AP Y AXIAL
	70438	CADERA ALAR Y OBTURATRÍZ
	70423	FEMUR AP Y LATERAL
	70424	RODILLA AP Y LATERAL
	70425	RODILLA, AP, LAT Y OBLÍCUAS
	70426	RODILLA, AP, LAT Y AXIAL
	70439	RÓTULA AXIAL
	70440	RODILLA INTERCONDÍLEA
	70441	RODILLAS EN CARGA
	70427	RODILLAS BILATERAL
	70428	TIBIA-PERONÉ AP Y LAT
	70429	TOBILLO AP Y LAT
	70430	TOBILLO VARO Y VALGO
	70442	TOBILLO AP Y MORTAJA
	70443	TOBILLOS EN CARGA
	70431	PIE, AP Y OBLÍCUAS
	70433	CALCÁNEO LAT Y AXIAL
	70444	DEDO DEL PIÉ
	70434	AMBOS PIES, AP
	70435	AMBOS PIES, AP Y OBLÍCUAS
	70436	PIES EN CARGA
	70437	SERIE ÓSEA COMPLETA
030	<u>COLUMNA</u>	
	70208	C. CERVICAL AP Y LAT
	70209	C. CERVICAL OBLÍCUAS
	70210	C. CERVICAL FLEX EXTENS

	70301	CHARNELA DORSO-LUMBAR
	70302	C.DORSAL AP Y LATERAL
	70303	C.DORSAL OTRAS PROYECCIONES
	70304	C.LUMBOSACRA AP Y LATERAL
	70305	C.LUMBOSACRA AP, LAT Y OBLÍC
	70314	C.LUMBOSACRA FLEX EXTENS.
	70306	SACROCOXIS AP Y LATERAL
032		<u>COLUMNA TOTAL/ MEDICIÓN DE MIEMBROS</u> <u>(TELERRADIOGRAFÍA)</u>
	70321	C. TOTAL 1 PROYECCIÓN
	70322	C. TOTAL,BIPEDEST AP Y LAT
	70323	C. TOTAL TEST DE BENDING
	70324	MEDICIÓN DE MIEMBROS
012		<u>EXPLORACIONES CON PORTÁTIL</u>
	70122	HUESOS CON PORTÁTIL
250		<u>EDAD ÓSEA</u>
	70414	EDAD ÓSEA MENORES DE DOS AÑOS
	70415	EDAD ÓSEA MAYORES DE DOS AÑOS.
065		<u>FISTULOGRAFÍA</u>
	70651	FISTULOGRAFÍA
044		<u>ARTROGRAFÍA CONVENCIONAL</u>
	70441	ARTROGRAFÍA DE HOMBRO
	70442	ARTROGRAFÍA DE CODO

2.- ULTRASONIDOS (ECOGRAFÍA)		70443	ARTROGRAFÍA DE MUÑECA
		70444	ARTROGRAFÍA DE CADERA
		70445	ARTROGRAFÍA DE RODILLA
		70446	ARTROGRAFÍA DE TOBILLO
	134	<u>ECOGRAFÍA SIMPLE</u>	
		71353	ECOGRAFÍA DE PARTES BLANDAS
			ECOGRAFÍA MUSCULO TENDINOSA
		71361	ECOGRAFÍA ARTICULAR
		71357	ECOGRAFÍA CADERA NEONATAL
	134	<u>ECOGRAFÍA PORTÁTIL</u>	
		71343	ECO PORTÁTIL OSTEO MUSCULAR
			ECO PORTÁTIL EN PLANTA
			ECO PORTÁTIL EN UVI
			ECO PORTÁTIL. CON DRENAJE
	142	<u>ECOGRAFÍA INTERVENCIONISTA</u>	
			INTERVENCIONISM OSTEOMUSCULAR CON CONTROL DE ECO
		71421	BIOPSIA CON AGUJA GRUESA GUIADA POR ECO
		71422	PUNCIÓN ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA GUIADA POR ECO
	137	<u>ECO DOPPLER</u>	
			DOPPLER DE MASAS MUSCULARES

3.- TOMOGRAFÍA COMPUTERIZADA (TC)		
	106	<u><i>TC DE EXTREMIDADES Y OTROS</i></u>
		71061 TC DE EXTREMI SUPERO/INFERI SIN CONTRASTE
		71062 TC DE EXTREMI SUPERO/INFERI CON CONTRASTE
		71063 TC DE EXTREMI SUPERO/INFERI SIN/CON CONTRASTE
		71064 ARTROGRAFÍA TC
		71012 TC CUANTIFICACIÓN DE CALCIO(BONE MINERAL ANALYSIS)
	104	<u><i>TC CUERPO INFANTIL</i></u>
		71049 TC DE EXTREMIDADES SIN CONTRASTE
		71050 TC DE EXTREMIDADES SIN/CON TRASTE
4.- RESONANCIA MAGNÉTICA (RM)		
	123	<u><i>RM EXTREMIDADES</i></u>
		71231 RM DE EXTREMID SUP Ó INFER NO ARTICULAR SIN CONTRASTE
		71232 RM DE EXTREMID SUP Ó INFER NO ARTICULAR SIN/CON CONTRASTE
		71233 RM DE EXTREMID SUP Ó INFER ARTICULAR SIN/CON CONTRASTE
		71235 ARTROGRAFÍA RM
		71236 RM DE HOMBRO
		71237 RM DE CODO
		71238 RM DE MUÑECA
		71239 RM DE MANO
		71240 RM DE MUÑECA Y MANO
		71241 RM DE SACRO
		71242 RM DE CADERAS UNI O BILATER

		71243	RM DE RODILLA	
		71244	RM DE RODILLA Y ARTICULAC FEMORO PATELAR	
		71245	RM DE TOBILLO	
		71246	RM DE PIE	
		71247	RM DE TOBILLO Y PIE	
	127	RM INFANTIL DE EXTREMIDADES		
		71280	RM DE EXTREMID SIN CONTRASTE	
		71281	RM DE EXTREM SIN/CON CONTRASTE	
MAMA				
CARTERA DE SERVICIOS	GR	COD	CATÁLOGO DE EXPLORACIONES	
1.- RADIOLOGÍA SIMPLE				
	233	MAMOGRAFÍA SIN Y CON CONTRASTE		
		72331	MAMGRAF DIAGNÓST BILATERAL2 PROYECC	
		72340	MAMGRAF DE CRIBADO,SCREENING 2 PROYECC	
		72338	MAMGRAFÍA UNILATER 2 PROYEC	
		72341	MAMGRF BILAT MAMA CON PROTESIS 2 PROYECC	
		72337	ESTUDIO ESPECIMEN QUIRÚRGICO BIOPSIA PERCUTÁNEA	
		72335	GALACTOGRAFÍA	
		72336	NEUMOQUISTOGRAFÍA	
	2.- ULTRASONIDOS (ECOGRAFÍA)			
	134	ECOGRAFÍA SIMPLE		
	71344	ECO DE MAMA		

3.- INTERVENCIONISMO DE MAMA	137	71362	ECO AXILA ESTADIFICACIÓN
			ECO SUPRA E INFRA CLAVICULAR
			<u>ECO DOPPLE</u>
		71393	DOPPLER DE MAMA
	234	<u>INTRV CON ECO Y/O ESTEROATAXIA</u>	
		72351	LOCALIZAC PREQUIRÚRG GUIADA POR PARRILLA
		72352	LOCALIZAC PREQUIRÚRG GUIADA POR ESTEROATAXIA
		72353	LOCALIZAC PREQUIRÚRG GUIADA POR ECOGRAFÍA
		72359	LOCALIZAC PREQUIRÚRG GUIADA POR GALACTOGRAFÍA
		72354	PAAF (PUNCIÓN APIRACIÓN CON AGUJA FINA). LESIÓN PALPABLE
		72355	PAAF POR ESTEROATAXIA
		72360	PAAF POR ECOGRAFÍA
		72356	BAG (BIOPSIA CON AGUJA GRUESA). LESIÓN PALPABLE
		72357	BAG POR ESTEROATAXIA DIGITAL
		72361	BAG POR ECOGRAFÍA
		73362	B.A.V.GUIADA POR ESTEROATAXIA
		72363	B.A.V.GUIADA POR ECOGRAFÍA
		72364	BIOPSIA ESCISIONAL GUIADA POR ESTEROATAXIA
		72358	MARCADORES POST BAG
		72365	INYECCIÓN GANGLIO CENTINELA GUIADA POR ESTEROATAXIA
		72366	INYECCIÓN GANGLIO CENTINELA

			GUIADA POR ESTEROATAXIA
4.- RESONANCIA MAGNÉTICA (RM) DE MAMA			
	112		<u>RM DE MAMA</u>
		71132	RM DE MAMA SIN CONTRASTE
		71133	RM DE MAMA CON CONTRASTE
		71134	RM DE MAMA SIN/CON CONTRASTE
		71135	RM INTERVENCION DE MAMA
NEURO,CABEZA Y CUELLO			
CARTERA DE SERVICIOS	GR	COD	CATÁLOGO DE EXPLORACIONES
1.- RADIOLOGÍA SIMPLE			
	020		<u>CRANEO Y CARA</u>
		70201	MANDIBULA DOS PROYECCIONES
		70202	MASTOIDES CUATRO PROYECCIONES
		70203	SENOS PARANASALES
		70204	HUESOS PROPIOS DE LA NARIZ
		70205	CARA,ORBITA,HENDIDURA ESFENOIDAL,ETC
		70206	CRANEO AP Y LATERAL
		70207	ARTICUL TEMPOROMANDIBULAR BILATERAL
		70214	SILLA TURCA
		70215.	CUELLO,PARTES BLANDAS, CAVUM
	062		<u>SIALOGRAFÍA</u>

	70621	SIALOGRAFÍA
022		<u>DACRIOCISTOGRAFÍA</u>
	70221	DACRIOCISTOGRAFIA UNILATERAL
044		<u>ARTROGRAFÍA</u>
	70447	ARTROGRAFÍA ATM
021		<u>ORTPOGRAFÍA/CEFALOMETRIA</u>
	70211	ORTOPANTOMOGRFÍA
	70212	CEFALOMETRÍA
012		<u>EXPLORAC. CON PORTÁTIL</u>
	70122	EXPLORAC.NEURO PORTATIL
013		<u>EXPLORAC. QUIRÓFANO</u>
	70314	EXPLORAC,QUIRÓFANO NEUROLÓGICAS
250		<u>RX CUELLO PEDIÁTRICA</u>
	72501	RX LATERAL DE CUELLO
	72502	KILOVOLTADA AP Y LAT DE LARINGE
098		<u>RADICULO-MIELOGRAFIA</u>

		70981		RADICULOGRAFÍA	
		70982		MIEOLOGRAFÍA	
		70983		DISCOGRAFÍA	
		70984		MIEOLOGRAFÍA TOTAL	
2.- ULTRASONIDOS (ECOGRAFÍA)					
	134			<u>ECOGRAFÍA SIMPLE</u>	
		71341		ECOGRAFÍA OFTÁLMICA	
		71342		ECO CUELLO(TIROIDES,PARÓTIDAS, SUBMAXILARES, ETC)	
		71358		ECO TRANSFONTANELA	
	137			<u>ECO DOPPLER</u>	
		71370		DOPPLER DE TRONCOS SUPRAÓRTICOS	
	140			<u>ECOGRAFÍA PORTÁTIL</u>	
		71401		ECO PORTÁTIL NEURO,CABEZA Y CUELLO	
	140			<u>ECOGRAFÍA INTERVENCIONISTA</u>	
		71422		PAAF (TIROIDES,PAROTIDAS)	
3.- TOMOGRAFÍA COMPUTERIZADA (TC)					
	089			<u>TC CEREBRO</u>	

	70891	TC CEREBRO SIN CONTRASTE
	70892	TC CEREBRO CON CONTRASTE
	70893	TC CEREBRO SIN/CON CONTRASTE
	70894	TC VASCULAR DINÁMICO CEREBRAL CON CONTRASTE
	70895	TC DE LOCALIZACIÓN PARA RADIOCIRUGÍA
	70897	TC PERFUSIÓN CEREBRAL
090	<u>TC CARA Y BASE DE CRANEO</u>	
	70901	TC SILLA TURCA SIN CONTRASTE
	70902	TC SILLA TURCA SIN/CON CONTRASTE
	70903	TC ÓRBITA SIN CONTRASTE
	70904	TC ÓRBITA CON CONTRASTE
	70905	TC ÓRBITA SIN/CON CONTRASTE
	70906	TC FACIAL/SENOS SIN CONTRASTE
	70907	TC FACIAL/SENOS CON CONTRASTE
	70908	TC FACIAL/SENOS SIN/CON CONTRASTE
	70909	TC DE ATM SIN CONTRASTE
	70910	TC DE MANDIBULA SIN CONTRASTE
	70911	TC DE MANDIBULA CON CONTRASTE
	70912	TC DE MANDIBULA SIN/CON CONTRASTE
	70913	TC BASE CRANEO SIN CONTRASTE (FOSA POSTER)
	70914	TC BASE CRANEO CON CONTRASTE (FOSA POSTER)
	70915	TC BASE CRANEO SIN/CON CONTRASTE (FOSA POSTER)
	70916	TC PEÑASCO, MASTOIDES Y CAIS SIN CONTRASTE
	70917	TC PEÑASCO, MASTOIDES Y CAIS CON CONTRASTE
	70918	TC PEÑASCO, MASTOIDES Y CASI SIN/CON CONTRASTE
	70921	BIOPSIA/TC CARA Y BASE DE CRANEO
	70922	TC DENTAL (IMPLANTACIÓN DE PROTESIS)
093	<u>TC DE COLUMNA</u>	
	70931	TC COLUMNA CERVICAL SIN CONTRASTE

	70932	TC COLUMNA CERVICAL CON CONTRASTE
	70933	TC COLUMNA CERVICAL SIN/CON CONTRASTE
	70934	TC COLUMNA DORSAL SIN CONTRASTE
	70935	TC COLUMNA DORSAL CON CONTRASTE
	70936	TC COLUMNA DORSAL SIN/CON CONTRASTE
	70937	TC COLUMNA LUMBO-SACRA SIN CONTRASTE
	70938	TC COLUMNA LUMBO-SACRA CON CONTRASTE
	70939	TC COLUMNA LUMBO-SACRA SIN/CON CONTRASTE
	70940	MIELOTC
	70941	BIOPSIA TC COLUMNA
		PAAF TC COLUMNA
096	<u>TC CUELLO</u>	
	70960	TC CUELLO SIN CONTRASTE
	70961	TC CUELLO CON CONTRAST
	70962	TC CUELLO SIN/CON CONTR.
	70963	BIOPSIA TC CUELLO
		PAAF TC CUELLO
110	<u>TC NEUROVASCULAR</u>	
	71101	TC ARTER CEREBRALES
	71102	TC ARTER SUPRAÓRTICAS
108	<u>TC NEUROINFANTIL</u>	
	71081	TC CRANEO SIN CONTRASTE
	71082	TC CRANEO CON CONTRASTE
	71083	TC CRANEO SIN/CON CONTRASTE
	71084	TC CARA,CUELLO, BASE DE CRANEO SIN CONTRASTE
	71085	TC CARA,CUELLO,BASE DE CRANEO CON CONTRASTE
	71086	TC CARA,CUELLO,BASE DE CRANEO SIN/CON CONTRASTE

4.- RESONANCIA MAGNÉTICA (RM)		71087	TC COLUMNA SIN CONTRASTE
		71088	TC COLUMNA CON CONTRASTE
		71089	TC COLUMNA SIN/CON CONTRASTE
4.- RESONANCIA MAGNÉTICA (RM)	114	<u>RM CEREBRAL, PEÑASCOS Y CARA</u>	
		71141	RM DE CEREBRO SIN CONTRASTE
		71142	RM DE CEREBRO CON CONTRASTE
		71143	RM DE CEREBRO SIN/CON CONTRASTE
		71144	RM DE ATM SIN CONTRASTE
		71445	RM DE ATM CON CONTRASTE
		71146	RM DE ATM SIN/CON CONTRASTE
		71147	RM DE HIPOFISIS SIN CONTRASTE
		71148	RM DE HIPOFISIS CON CONTRASTE
		71149	RM DE HIPOFISIS CON/SIN CONTRASTE
		71150	RM BASE DE CRANEO/PEÑASCO CON/SIN CONTRASTE
		71151	RM BASE DE CRANEO/PEÑASCO CON CONTRASTE
		71152	RM BASE DE CRANEO/PEÑASCO SIN/CON CONTRASTE
		71153	RM DE ORBITAS SIN CONTRASTE
		71154	RM DE ORBITAS CON CONTRASTE
		71155	RM DE ORBITAS SIN/CON CONTRASTE
		71156	RM CARA, SENOS SIN CONTRASTE
		71157	RM CARA, SENOS CONTRASTE
		71158	RM CARA, SENOS SIN/CON CONTRASTE
	112	<u>RM PLEXO BRAQUIAL</u>	
		71129	RM PLEXO BRAQUIAL SIN CONTRASTE
		71130	RM PLEXO BRAQUIAL CON CONTRASTE
		71131	RM PLEXO BRAQUIAL SIN/CON CONTRASTE

	<u>ANGIO RM</u>	
	71159	ANGIO RM CEREBRALES
	71160	ANGIO RM TRONCOS SUPRAORTICOS
	71162	CEREBRO Y ANGIO RM
	71163	ANGIO RM CEREBRAL Y CUELLO
	<u>ESTUDIOS FUNCIONALES Y ESPECTROSCOPIA</u>	
	71164	ESTUDIOS FUNCIONALES CEREBRALES CON RM
	71165	ESTUDIOS DE DIFUSIÓN-PERFUSIÓN CON RM
	71166	ESPECTROSCOPIA CON RM
117	<u>RM DE CUELLO</u>	
	71180	RM CUELLO SIN CONTRASTE
	71181	RM CUELLO CON CONTRASTE
	71182	RM CUELLO SIN/CON CONTR
119	<u>RM COLUMNA</u>	
	71191	RM COLUMNA CERVICAL SIN CONTRASTE
	71192	RM COLUMNA CERVICAL CON CONTRASTE
	71193	RM COLUMNA CERVICAL SIN/CON CONTRASTE
	71194	RM COLUMNA DORSAL SIN CONTRASTE
	71195	RM COLUMNA DORSAL CON CONTRASTE
	71196	RM COLUMNA DORSAL SIN/CON CONTRASTE
	71197	RM COLUMNA LUMBAR SIN CONTRASTE
	71198	RM COLUMNA LUMBAR CON CONTRASTE
	71199	RM COLUMNA LUMBAR SIN/CON CONTRASTE
	71200	RM SACRO,SACROILIACAS SIN CONTRASTE
	71201	RM SACRO, SACROILIACAS CON CONTRASTE
	71202	RM SACRO, SACROILIACAS SIN/CON CONTRASTE
	71203	RM COLUMNA COMPLETA SIN CONTRASTE (PHASE

RADIOLOGÍA CARDIOVASCULAR E INTERVENCIONISTA			ARRAY)
		71204	RM COLUMNA COMPLETA SIN/CON CONTRASTE (PHASE ARRAY)
		71205	RM COLUMNA DOS SEGMENTOS
		71206	RM COLUMNA TRES SEGMENTOS
		71207	MIELOGRAFÍA RM
	120	<u>RM NEURO INFANTIL</u>	
		71211	RM CRANEO SIN CONTRASTE
		71212	RM CRANEO SIN/CON CONTRASTE
		71213	RM PEÑASCO Y/O BASE CRANEO SIN CONTRASTE
		71214	RM PEÑASCO Y/O BASE CRANEO SIN/CON CONTRASTE
		71215	RM CARA Y/O CUELLO SIN CONTRASTE
		71216	RM CARA Y/O CUELLO SIN/CON CONTRASTE
		71217	RM COLUMNA SIN CONTRASTE
		71218	RM COLUMNA SIN/CON CONTRASTE
		<u>ANGIO RM INFANTIL</u>	
		71219	ANGIO RM DE CRANEO
		71220	ANGIO RM DE CUELLO
CARTERA DE SERVICIOS	GR	COD	CATÁLOGO DE EXPLORACIONES
1.- ULTRASONIDOS (ECOGRAFÍA)			
	137	<u>ECO DOPPLER</u>	

		71372	DOPPLER ARTERIAL MMII
		71373	DOPPLER VENOSO MMII
		71374	DOPPLER ARTERIAL MMSS
		71375	DOPPLER VENOSO MMSS
		71376	DOPPLER AORTOILIÁCO
		71377	DOPPLER CAVA INFERIOR Y VENAS ILÍACAS
		71378	DOPPLER HEPÁTICO
		71379	DOPPLER RENAL
		71380	DOPPLER ABDOMINAL
		71388	DOPPLER DE TRANSPLANTE HEPÁTICO
		71389	DOPPLER DE TRANSPLANTE RENAL
		71390	DOPPLER DE TRANSPLANTE INTESTINAL
2.- ANGIO TOMOGRAFÍA COMPUTERIZADA (ANGIO TC)			
	099		<u><i>TC CARDÍACO</i></u>
		71012	TC CARDÍACO
		HGRS	DETERMINACIÓN DE CALCIO EN ARTERIAS CORONARIAS
	110		<u><i>TC VASCULAR</i></u>
		71103	ANGIO TC ARTERIAS PULMONARES
		71104	ANGIO TC CORONARIAS
		71105	ANGIO TC AORTA
		71106	ANGIO TC A.MESENTÉRICA
		71107	ANGIO TC A. RENALES
		71108	ANGIO TC OTRAS ARTERIAS
		71109	ANGIO TC VENAS ABDOMINAL
		71110	ANGIO TC OTRAS VENAS
	102		<u><i>TC INTERVENCIONISTA</i></u>

**3.- ANGIO RESONANCIA MAGNÉTICA
(ANGIO RM)**

	71021	DRENAJE PERCUTÁNEO DE ABSCESOS Y COLECCIONES
	71024	ABLACIÓN TUMORAL
	71025	RADIOFRECUENCIA
112	<u>RM TORAX (CORAZÓN)</u>	
	71124	RM DE CORAZÓN
	71125	RM DE CORAZÓN SIN Y CON CONTRASTE
	71126	ESTUDIOS FUNCIONALES CARDÍACOS
	71127	ANGIO RM DE TORAX SIN CONTRASTE
	71128	ANGIO RM DE TORAX CON CONTRASTE
123	<u>RM EXTREMIDADES (ANGIO)</u>	
	71234	ANGIO RM ARTERIAL EXTREMIDADES
	71248	ANGIO RM VENOSA MIEMBROS INFERIORES
	HGRS	ANGIO RM VENOSA MMSS
	HGRS	ANGIO RM FÍSTULAS HEMODIÁLISIS
125	<u>RM ABDOMEN Y PELVIS (ANGIO)</u>	
	71253	ANGIO RM ABDOMEN
	71260	ANGIO RM AORTA E ILIACAS
	71261	ANGIO RM ARTERIAS RENALES
	71262	ANGIO RM VENOSA ABDOMINAL
127	<u>INFANTIL CUERPO Y EXTREMIDADES (ANGIO)</u>	

	71273	ANGIO RM TORAX
	71274	RM CORAZÓN Y GRANDES VASOS
	71282	ANGIO RM DE EXTREMIDADES
150	<u>NEUROANGIOGRAFÍA DIAGNÓSTICA</u>	
	71501	ARCO AÓRTICO Y TSA
	71502	ARCO AÓRTICO Y SELECTIVA
	71503	CEREBRAL, UN VASO
	71504	CEREBRAL, DOS VASOS
	71505	CEREBRAL, COMPLETA
	71506	CARÓTIDA EXTERNA UNILATERAL
	71508	FLEBOGRAFÍA Y TOMA DE MUESTRAS
	71511	ARTERIOGRAFÍA MEDULAR
150	<u>NEURO INTERVENCIONISMO</u>	
	71535	QUIMIONUCLEOLISIS
	71536	PROTESIS LACRIMONASAL UNILATERAL
	71357	PROTESIS LACRIMONASAL BILATERAL
		VERTEBROPLASTIA
170	<u>ARTERIOGRAFÍA DIAGNÓSTICA NO SELECTIVA</u>	
	71701	MMII BILATERAL
	71702	MMII UNILATERAL
	71703	MMSS BILATERAL
	71704	MMSS UNILATERAL
	71705	AORTOGRAFÍA ABDOMINAL
	71706	AORTOGRAFIA TORÁCICA
	71707	ARTERIOGRAFÍA PULMONAR
	71708	ARTERIOGRAFÍA VIA VENOSA

171		<u>ARTERIOGRAFÍA DIAGNÓSTICA SELECTIVA Y/O SUPRASELECTIVA</u>
	71722	RENAL
	71723	SUPRARRENAL
	71724	PÉLVICA
	71725	BRONQUIAL
	71726	PULMONAR SELECTIVA
	71727	VISCERAL DIGESTIVA
	71728	INTERCOSTAL
	71729	MAMARIA INTERNA
172		<u>FLEBOGRAFÍA DIAGNÓSTICA NO SELECTIVA (YODO, CO2, GADOLINIO)</u>
	71741	MMII BILATERALES
	71742	MMII UNILATERAL
	71743	MMSS BILATERALES
	71744	MMS UNILATERAL
	71745	ILEOCAVOGRAFÍA
	71746	CAVOGRAFÍA SUPERIOR
173		<u>FLEBOGRAFÍA DIAGNÓSTICA SELECTIVA Y/O SUPRASELECTIVA (YODO, CO2, GADOLINIO)</u>
	71751	VENAS HEPÁTICAS
	71752	RENAL
	71753	ESPERMÁTICA U OVARICA BILATERAL
	71754	ESPERMÁTICA U OVÁRICA UNILATERAL
	71755	OTRAS FLEBOGRAFÍAS
	71756	FÍSTULA ARTERIO-VENOSA HEMODIÁLISIS
176		<u>DETERMINACIONES HORMONAL</u>
	71761	RENAL, SUPRARRENAL EXTRACCIÓN MUESTRAS

		VENOSAS
	71762	PARATIROIDES EXTRACCIÓN MUESTRAS VENOSAS
	71763	PANCREÁTICA EXTRACCIÓN MUESTRAS VENOSAS
177	<u>TOMA DE PRESIÓN INTRAVASCULAR</u>	
	71771	MANOMETRÍA VENOSA
178	<u>ESTUDIOS VASCULARES PERCUTÁNEOS DIAGNÓSTICOS</u>	
	71781	ESPLENOPORTOGRAFÍA PERCUTÁNEA
	71782	PORTOGRAFÍA DIRECTA
	71783	ESTUDIO MALFORMACIÓN VASCULAR
	71784	FLEBOGRAFÍA Y MANOMETRÍA DE SHUNT PORTOCAVA PERCUTÁNEA (TIPS)
	71785	BIOPSIA HEPÁTICA TRANSYUGULAR
179	<u>ANGIOSCOPIA Y ULTRASONIDO INTRAVASCULAR</u>	
	71791	ANGIOSCOPIA
	71795	ULTRASONIDO INTRAVASCULAR
180	<u>LINFOGRAFÍA</u>	
		LINFOGRAFÍA
181	<u>PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS VIA BILIAR</u>	
	71811	COLANGIO TRANSHEPÁTICA PERCUTÁNEA
	71812	COLANGIO TRANSCOLECÍSTICA
	71813	COLANGIO TRANSYEUINAL
	71814	MANOMETRÍA Y PERFUSIÓN
	71815	ENDOSCOPIA BILIAR

	71816	ECO TRANSBILIAR PERCUTANEA
182		<u>CEPILLADO Y BIOPSIA ENDOLUMINAL</u>
	71821	INTRAARTERIAL
	71822	INTRAVENOSA
	71823	ENDOBILIAR
	71824	ENDODIGESTIVA
	71825	ENDOUROLÓGICA
183		<u>PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS UROLÓGICOS</u>
	71831	PIELOGRAFÍA PERCUTÁNEA
	71832	MANOMETRÍA Y TEST URODINÁMICO
	71833	ENDOSCOPIA UROLÓGICA
	71834	ECOGRAFÍA ENDOUROLÓGICA PERCUTÁNEA
184		<u>PROCEDIMIENTOS TERAPEÚTICOS VASCULARES:</u> <u>ANGIOPLASTIA ARTERIAL PERIFÉRICA</u>
	71841	ILIACA BILATERAL
	71842	ILIACA UNILATERAL
	71843	FEMORO-POPLÍTEA BILATERAL
	71844	FEMORO-POPLÍTEA UNILATERAL
	71845	TRONCOS DISTALES (TIBIOPERONEOS)
	71846	INJERTOS VASCULARES
186		<u>ANGIOPLASTIA OTRAS ARTERIAS</u>
187		<u>ANGIOPLASTIA VENOSA</u>
	71881	TERRITORIO CAVA SUPERIOR
	71882	TERRITORIO CAVA INFERIOR

	71883	VENAS HEPÁTICAS
	71884	FISTULAS AAVV HEMODIÁLISIS
	71885	SHUNT PORTO CAVA PERCUTÁNEO (TIPS)
	71886	EJE ESPLENOPORTAL
200	<u>ATERECTOMÍA PERCUTÁNEA</u>	
	72001	ATERECTOMÍA ILÍACA
	72002	FEMOROPOPLÍTEA
	72003	TRONCOS DISTALES
	72004	ARTERIA RENAL
	72005	SHUNT PORTO CAVA (TIPS)
	72006	OTRAS ARTERIAS
	72007	FÍSTULA A-V DE HEMODIÁLISIS
	72008	INJERTOS VASCULARES
202	<u>ENDOPRÓTESIS VASCULAR</u>	
	72025	PROTESIS NO CUBIERTA RENAL UNILATERAL
	72026	PROTESIS NO CUBIERTA RENAL BILATERAL
	72027	PROTESIS NO CUBIERTA EN TRONCOS ARTERIALES DIGESTIVOS
	72028	PROTESIS NO CUBIERTA ILÍACA UNILATERAL
	72029	PROTESIS NO CUBIERTA ILÍACA BILATERAL
	72030	PROTESIS CUBIERTA ILÍACA UNILATERAL
	72031	PROTESIS CUBIERTA ILÍACA BILATERAL
	72032	PROTESIS NO CUBIERTA FEMORO POPLÍTEA UNILATERAL
	72033	PROTESIS CUBIERTA FEMORO POPLÍTEA UNILATERAL
	72034	PROTESIS NO CUBIERTAS EN TRONCOS SUPRAÓRTICOS
	72035	PROTESIS CUBIERTAS EN TRONCOS SUPRAÓRTICOS
	72036	PROTESIS NO CUBIERTAS EN INJERTOS VASCULARES
	72037	PROTESIS CUBIERTAS EN INJERTOS VASCULARES
	72038	PROTESIS NO CUBIERTA EN TERRITORIO CAVA

		SUPERIOR
	72039	PROTESIS CUBIERTA EN TERRITORIO CAVA SUPERIOR
	72040	PROTESIS NO CUBIERTAS EN EN FÍSTULAS DE HEMODIÁLISIS
	72041	PROTESIS CUBIERTAS EN FÍSTULAS DE HEMODIÁLISIS
	72042	PROTESIS NO CUBIERTAS EN VENAS HEPÁTICAS
	72043	PROTESIS NO CUBIERTA EN TERRITORIO PORTA
	72044	PROTESIS NO CUBIERTA EN SHUNT PORTO CAVA PERCUTÁNEO (TIPS)
	72045	PROTESIS NO CUBIERTA EN SHUNT PORTO CAVA QUIRÚRGICA
205	<u><i>EMBOLECTOMÍA Y TROMBECTOMÍA MECÁNICA</i></u>	
	72051	TROMBECTOMÍA DE ARTERIAS PERIFÉRICAS
	72052	TROMBECTOMÍA DE INJERTOS VASCULARES
	72053	TROMBECTOMÍA DE ARTERIA PULMONAR
	72054	TROMBECTOMÍA DE TERRITORIO CAVA SUPERIOR
	72055	TROMBECTOMÍA DE TERRITORIO CAVA INFERIOR
	72056	TROMBECTOMÍA DE FÍSTULAS DE HEMODIÁLISIS
	72057	TROMBECTOMÍA DE SHUNT PORTO CAVA (TIPS)
	72058	TROMBECTOMÍA DE PRÓTESIS Y BY PASS VASCULARES
206	<u><i>FIBRINOLOSIS LOCAL</i></u>	
	72061	LOCAL EN TERRITORIO CAVA
	72062	EN ARTERIAS PULMONARES
	72063	EN VENAS RENALES
	72064	EN VENAS HEPÁTICAS
	72065	EN TERRITORIO PORTAL
	72066	EN SHUNT PORTO CAVA (TIPS)
	72067	EN FÍSTULA A-V HEMODIÁLISIS
	72068	EN ARTERIAS DE MMII

	72069	EN ARTERIAS DE MMSS
	72070	TERMINO AÓRTICA Ó AÓRTICO ILÍACA
	72071	DE ARTERIA RENAL
	72072	DE TRONCOS VISCERALES DIGESTIVOS
	72073	DE INJERTOS VASCULARES
209	<u>PROCEDIMIENTOS TERAPEÚTICOS</u> <u>FARMACOANGIOGRÁFICOS</u>	
	72091	TRATAMIENTO DESÓRDENES VASOESPÁSTICOS
	72092	TRATAMIENTO HEMORRAGIA DIGESTIVA
210	<u>EMBOLIZACIONES TERAPEÚTICAS</u>	
	72101	VARICOCELE BILATERAL
	72102	VARICOCELE UNILATERAL
	72103	TUMORAL (PALIATIVA O PREQUIRÚRGICA)
	72104	MALFORMACIÓN VASCULAR
	72105	BRONQUIAL
	72106	HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA Ó BAJA
	72107	HEMORRAGIA POR TRAUMATISMO
	72108	DE RÍÑONES EN ESTADIO FINAL
	72109	ESPLÉNICA
	72110	VARICES ESOFÁGICAS
	72111	HEPÁTICA
	72112	ANEURISMAS
	72113	OTRAS EMBOLIZACIONES
	72114	QUIMIOEMBOLIZACIÓN HEPÁTICA
	72115	EMBOLIZACIÓN VENOSA PÉLVICA
	72116	EMBOLIZACIÓN PULMONAR
	72117	EMBOLIZACIÓN DE COMUNICACIONES PORTOSISTÉMICAS
	72118	EMBOLIZACIÓN DE SHUNT PORTO CAVA (TIPS)
	72119	EMBOLIZACIÓN DE MIOMAS UTERINOS

213	<u>EXTRACCIÓN CUERPO EXTRAÑO INTRAVASCULAR</u>	
	72131	ARTERIAL
	72132	VENOSO
214	<u>FILTROS DE CAVA</u>	
	72141	FILTRO TEMPORAL DE CAVA
	72142	FILTRO DEFINITIVO DE CAVA
	72143	FILTRO DE CAVA MAS FIBRINOLISIS ASOCIADA
	72144	RETIRADA DE FILTRO DE CAVA
215	<u>CATETERES VENOSOS CENTRALES</u>	
	72151	CATETER SIN RESERVORIO SUBCUTÁNEO
	72152	CATETER CON RESERVORIO SUBCUTÁNEO
	72153	CATETER SIN TRACTO SUBCUTÁNEO
	72154	CATETER CON TRACTO SUBCUTÁNEO
	72155	RETIRADA Y CONTROL DE CATETER
	72156	CAMBIO DE CATETER
215 BIS	<u>SHUNT PORTO CAVA (TIPS)</u>	
		SHUNT PORTO CAVA (TIPS)
216	<u>TERAUPÉTICA DIGESTIVO</u>	
	72160	DRENAJE BILIAR PERCUTÁNEO EXTERNO
	72161	DRENAJE BILIAR PERCUTÁNEO INTERNO-EXTERNO
	72162	DILATACIÓN VÍA BILIAR
	72163	ENDOPRÓTESIS BILIAR
	72164	TRATAMIENTO PERCUTÁNEO LITIASIS BILIAR
	72165	COLECISTOSTOMÍA PERCUTÁNEA

	72166	DILATACIÓN PERCUTÁNEA CONDUCTO PERCUTÁNEO
	72167	COLECISTOTOMÍA PERCUTÁNEA
	72168	GASTROSTOMÍA Y GASTROYEURONOSTOMÍA PERCUTÁNEA
	72169	ILEOSTOMÍA Y COLOSTOMÍA PERCUTÁNEA
	72170	DILATACIÓN DE ESTENOSIS EN TUBO DIGESTIVO
	72171	ENDOPRÓTESIS TUBO DIGESTIVO
	72173	SONDA DE ALIMENTACIÓN ORAL
	72174	CISTOGASTROSTOMÍA PERCUTÁNEA
	72175	COLOCACIÓN PERCUTÁNEA DE ENDOPRÓTESIS EN CONDUCTO PANCREÁTICO
	72176	TRATAMIENTO PERCUTÁNEO DE NÓDULOS HEPÁTICOS
	72133	CUERPO EXTRAÑO EN VÍA BILIAR O TUBO DIGESTIVO
	72177	TRATAMIENTO PERCUTÁNEO DE FÍSTULAS DIGESTIVAS
220	<u>TERAPEÚTICA UROLOGÍA Y GINECOLOGÍA</u>	
	72200	NEFROSTOMÍA PERCUTÁNEA
	72201	ENDOPRÓTESIS URETERAL Y URETRAL
	72202	CISTOSTOMÍA PERCUTÁNEA
	72203	DILATACIÓN PERCUTÁNEA DE ESTENOSIS URETERALES
	72204	TRATAMIENTO PERCUTÁNEO LAS LITIASIS RENOURTERALES
	72205	CATETER URETERAL
	72206	RECANALIZACIÓN TUBÁRICA
	72207	OCLUSIÓN URETERAL
	72208	DILATACIÓN DE ESTENOSIS URETRALES
	72209	OCLUSIÓN TROMPAS DE FALOPPIO
	72134	CUERPOS EXTRAÑOS
	72210	TRATAMIENTO PERCUTÁNEO DE FÍSTULAS URINARIAS

223	<u><i>TERAPEÚTICA EN TORAX</i></u>	
	72231	COLOCACIÓN DE PRÓTESIS EN VIAS RESPIRATORIAS
224	<u><i>TERAPEÚTICA EN MUSCULO ESQUELÉTICO</i></u>	
	72241	INYECCIÓN TERAPEÚTICA INTRAÓSEA
225	<u><i>OTROS PROCEDIMIENTOS INTERVENCIONISTAS</i></u>	
	72254	DRENAJES DE COLECCIONES LÍQUIDAS(CUALQUIER LOCALIZACIÓN)
	72255	ESCLEROSIS DE CAVIDADES (CUALQUIER LOCALIZACIÓN)
	72251	RECAMBIO DE CATÉTERES DE DRENAJE (CUALQUIER LOCALIZACIÓN)
	72252	RETIRADA DE CATÉTERES DE DRENAJE (CUALQUIER LOCALIZACIÓN)
	72253	DESOBSTRUCCIÓN DE CATÉTERES DE DRENAJE (CUALQUIER LOCALIZACIÓN)

ANEXO 7. PROCESO CORPORATIVO SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO.

APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPÉUTICO POR TÉCNICAS DE DIAGNOSTICO POR LA IMAGEN

Difusión/Despliegue	Fecha máxima de revisión
División Médica División Enfermería División de Gestión	Septiembre 2018

1. INTRODUCCIÓN

La radiología tiene un papel determinante en el diagnóstico de las enfermedades. Además, en las últimas décadas, debido al continuo desarrollo y perfeccionamiento de la radiología intervencionista, la radiología está adquiriendo un destacado protagonismo en el impacto de los tratamientos aplicados.

La contribución del diagnóstico por la imagen a la actividad asistencial no hace sino incrementarse año tras año empujado por la evolución tecnológica de la electromedicina, de la telemática y de la informática así como de otros factores extramédicos. De tal modo que en la actualidad no se vislumbra un horizonte de limitación en su desarrollo.

Este desarrollo tropieza con dos problemas: por una parte el desequilibrio entre oferta y demanda, y por otra el progresivo incremento de los costes, tanto de proceso como de innovación tecnológica. El porcentaje del presupuesto de las instituciones sanitarias que representa el diagnóstico por la imagen no ha hecho sino incrementarse año tras año y es muy posible que se esté duplicando cada 10 años.

En general se reconoce que los Servicios de Radiología (oficialmente denominados como Radiodiagnóstico) utilizan adecuadamente su tecnología y dan de sí todo lo posible para contribuir al diagnóstico de las enfermedades. Dicho de otro modo, a los pacientes atendidos por el Servicio Murciano de Salud (SMS) se les realizan todas las pruebas radiológicas necesarias para el esclarecimiento de su problema de salud, y estos estudios por la imagen se realizan con buena calidad técnica y las imágenes son interpretadas adecuadamente. Sin embargo, parece constatar la opinión de que existe un exceso de demanda no avalada por la evidencia científica, que en la actualidad constituye la principal desavenencia entre los médicos solicitantes y los radiólogos. Podemos cifrar que en un 80% de los pacientes ingresados y en más del 50% de los atendidos ambulatoriamente, el diagnóstico por la imagen contribuye al diagnóstico del problema de salud por el que son atendidos y/o a su seguimiento. Si consideramos no el número de pacientes sino la relevancia

del problema por el que son tratados, estos porcentajes se incrementan de una forma considerable.

Por esta gran demanda, la radiología se ha convertido en algunos centros en un cuello de botella para la agilidad y resolución de la atención especializada a la enfermedad. Las demoras para hacer estudios radiológicos generan importantes retrasos y paradas en el tránsito asistencial de los pacientes. Como consecuencia de ello los tiempos, tanto del paciente ingresado (estancia media) como del paciente ambulatorio (tiempo que se tarda en establecer una diagnóstico fiable) se pueden prolongar de una forma inadecuada.

El diagnóstico por la imagen en el SMS, como en el resto de España, es efectivo desde el punto de vista clínico pero tiene problemas relacionados a su inadecuada utilización, creándose problemas de accesibilidad con las consiguientes paradas en el tránsito asistencial de los pacientes.

En resumen, se detecta una lista de problemas:

- a) Deficiente accesibilidad a las pruebas diagnósticas provocada por un desequilibrio entre la demanda y la capacidad instalada.
- b) Inadecuación en la solicitud de pruebas provocada por una falta de protocolos o guías de actuación en la solicitud de pruebas diagnósticas. Reiteración de estudios.
- c) El proceso operativo desde que se realiza la prueba hasta que se emite el informe y el solicitante recibe el resultado es mejorable en su duración.
- d) La comunicación con el solicitante de la prueba es prácticamente inexistente.
- e) Necesidad estratégica de limitar la exposición a las radiaciones ionizantes y a los distintos tipos de contraste utilizados en los estudios de imagen (fundamentalmente iodados).
- f) Mejora de la utilización y ocupación de los tiempos de sala, de tal modo que disminuya la derivación a centros concertados.

Este documento tiene el objetivo de indicar cuales son los pasos sucesivos para hacer “correctamente las cosas correctas”. Es conveniente saber qué hacemos, quién lo hace, dónde y cómo se hace, qué resultado obtenemos y, sobre todo, si lo vamos haciendo cada vez mejor y de manera más eficiente.

Los equipos y programas informáticos específicos para Radiología (RIS y PACS) son la herramienta necesaria para gestionar todo el proceso:

- El seguimiento del paciente y su estudio radiológico a través del circuito asistencial que incluye: la solicitud, citación, programación, realización del estudio, informe, almacenamiento, distribución y visualización.
- La integración de la imagen en la historia digital.
- La cooperación y coordinación con otros niveles y dispositivos sanitarios.
- La utilización de la información para evaluar la eficacia y eficiencia del proceso.

Este proceso define un proceder homogéneo de aplicación en el ámbito del funcionamiento de la atención a los pacientes, desarrollando criterios explícitos

de gestión con identificación de responsables, y requerimientos básicos de actuación e información que permitan orientar la toma de decisiones para la planificación, evaluación y gestión de los recursos disponibles con criterios de eficiencia y equidad.

Como herramienta de trabajo, este proceso pretende ser conciso, sin adentrarse en las características de la práctica clínica de la actividad asistencial, toda vez que debe diseñar un circuito que pueda ser igualmente válido para cualquier patología médica o quirúrgica.

Para la elaboración de este proceso se ha utilizado como modelo la guía del “Proceso de apoyo diagnóstico y terapéutico por técnicas de diagnóstico por la imagen”, confeccionada por el SMS.

2. DEPARTAMENTOS INVOLUCRADOS

División Médica.

División Enfermería.

División de Gestión.

3. DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA

- Orbe Rueda de Aranzazu. Guía de Gestión de los Servicios de Radiología. Sociedad Española de Radiología Médica (SERAM); 2005.
- Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2010.
- “Guía del proceso de apoyo diagnóstico y terapéutico por técnicas de diagnóstico por la imagen”. Servicio Murciano de Salud.
- Plan de acción para la mejora de la seguridad del paciente en la región de Murcia. 2012/2016. Consejería de Sanidad y Política Social. Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. 2012.
- Protocolos relativos al área de radiología del Hospital General Universitario Reina Sofía. **(Anexo I).**
- García Medina, V. Las Tecnologías de la Información. Herramienta para la mejora de la Calidad Asistencial. XI Congreso Nacional de Informática Médica. 2006.
- García Medina, V. Planificación de un Servicio de Radiología Digitalizado. Inauguración Hospital San Juan de Alfarche. Sevilla 2005
- García Medina, V; Martínez Escandell, R; Cerezo Corbalán, JM; Santiuste de Pablos, M. Imagen Radiológica Compartida: Hospital General Universitario y su Área. Cinco años de Experiencia. X Jornadas de Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios. P. de Mallorca. Junio 2010. Disponible en : <http://www.fundacionsigno.com/archivos/20101007105322.pdf>
- Puerta Sales. A; García Medina, V. Protocolos de tomografía computerizada. Servicio de Radiología del Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia. Consejería de Sanidad de la Región de Murcia. 2015. Disponible en: [SofiaNet/Documentos/Consulta e Informativos/Publicaciones/F160-08.pdf](#)

- Cegarra Navarro, MF. Dosis efectivas características en diagnóstico por imagen. Sección Musculoesquelético. Servicio de Radiología. HGURS. Murcia, julio 2015. (F182-28)
- Cegarra Navarro, MF. Guía de indicaciones para la correcta solicitud de pruebas de diagnóstico por imagen en patología musculoesquelética. Unidad de Musculoesquelético del HGURS. Murcia, abril 2015. (F110-13)

4. DEFINICIONES

RIS (Radiology Information System): Es el sistema de información con el que se controla el proceso radiológico en el hospital. En el se recogen, controlan y explotan todos los datos que se obtienen en el Servicio de Radiología.

Proceso radiológico: Conjunto de actividades que se producen desde que se solicita el examen radiológico hasta que el informe llegue al solicitante.

PACS (Picture Archiving and Communication System): Es una combinación de hardware y software, dedicado al almacenamiento y comunicación de imágenes médicas. Actúa como un servidor que almacena las imágenes radiológicas, las cuales pueden ser observadas de cualquier estación de visualización.

HIS (Hospital Information System): Sistema de información hospitalaria que involucra a toda la organización al incluir varios módulos (consultas externas, gestión de camas...)

5. DESARROLLO

5.1. Objetivo del proceso

5.1.1.- Objetivo General:

Disponer de un conjunto de criterios que definan un modelo normalizado de gestión integral de la atención que recibe el paciente durante su transito por el área de Radiología.

5.1.2.- Objetivos Específicos:

- Establecer las características de calidad que imponen las expectativas de los usuarios.
- Establecer unas normas generales de actuación que sirvan de guía a los profesionales y al centro hospitalario. para conseguir que se sigan unas pautas de trabajo normalizadas que disminuyan la variabilidad existente y la mejora continua de la calidad, teniendo en cuenta también las expectativas de los profesionales.
- Apoyar la implantación de las Tecnologías Informáticas y Telemáticas.

5.2.- Límite de entrada del proceso

- Solicitud o interconsulta de un estudio radiológico formulada por un facultativo.

Excepciones al alcance del proceso:

- No presencia del paciente.
- Solicitud cancelada por el solicitante.
- Pacientes incluidos en otro proceso asistencial que englobe y garantice los requerimientos (directrices de calidad) establecidos para este proceso de atención sanitaria (p.e. paciente incluido en programas de trasplante).

5.3.- Límite de salida del proceso

- Informe radiológico recibido por el solicitante.
- Estudio denegado por ausencia de justificación.

5.4.- Secuencia e interacción de subprocesos y actividades

El proceso se subdivide en los siguientes tramos (subprocesos):

- Admisión.
- Aceptación y Planificación.
- Programación del estudio.
- Atención previa inmediata.
- Comprobación de la idoneidad de las instalaciones, equipos y materiales.
- Realización del estudio.
- Informe médico.

Su representación gráfica (diagrama del proceso) es la siguiente:

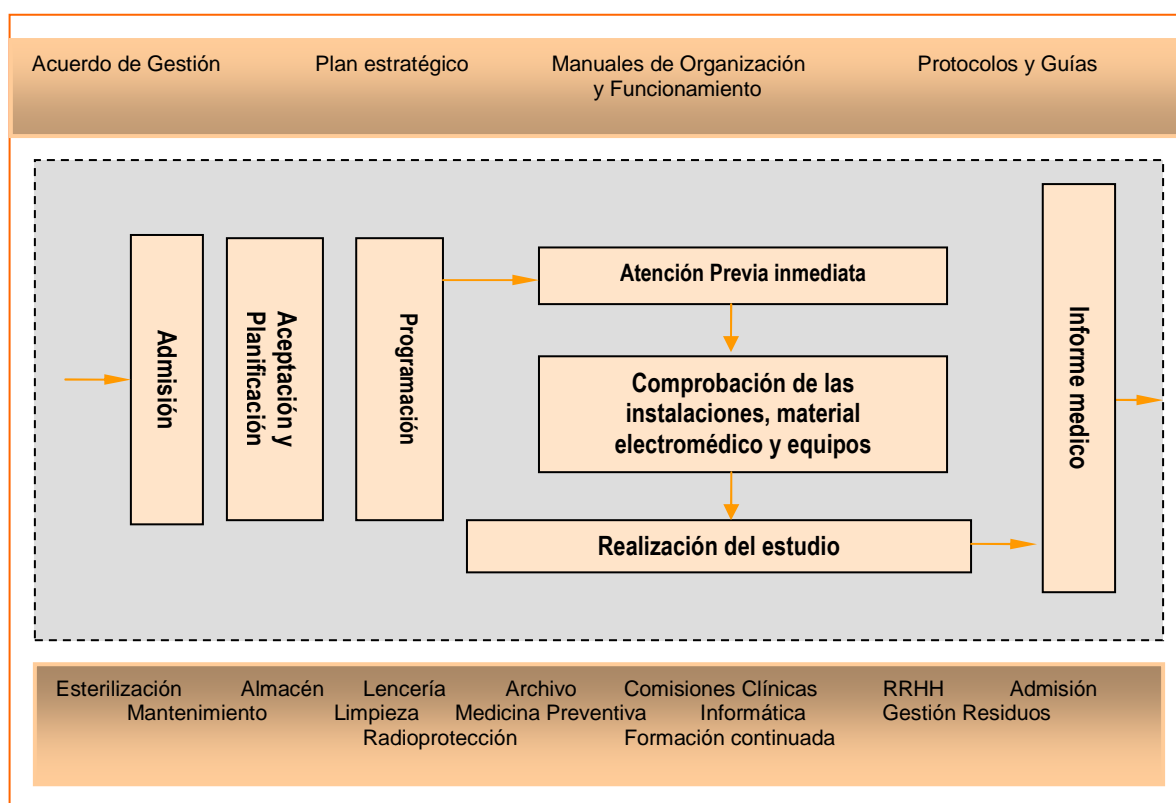


Figura 1. Mapa del Proceso

5.5.- Descripción del proceso/Metodología

5.5.1. Definición/Misión del proceso

- Qué tiene que hacer el proceso:

Realizar e interpretar estudios de imagen debidamente justificados para solventar o dimensionar una duda clínica, así como para llevar a cabo tratamientos intervencionistas en aquellos pacientes remitidos al Servicio de Radiología.

- Para qué tiene que hacerlo:

- Para diagnosticar o descartar una enfermedad (función diagnóstica).
- Para tratar con radiología intervencionista al paciente (función terapéutica).

- Principales características/requisitos para hacerlo:

- Aportar una atención integral utilizando y combinando todas las tecnologías de imagen que dispone el servicio para realizar un diagnóstico completo.
- Aportar el máximo valor al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades
- Alcanzar la máxima agilidad y resolución.
- Realizar la asistencia con una búsqueda permanente de la calidad y de la seguridad clínica.
- Evitar en la medida de lo posible la exposición radiológica de los profesionales y aquella innecesaria a los pacientes.
- Alcanzar la máxima eficiencia.

- Para quién (clientes internos y externos):

Se identifican dos principales destinatarios del proceso:

- El profesional responsable directo de la asistencia al paciente que solicita este apoyo y que su principal expectativa es explotar todas las oportunidades que ofrecen las técnicas por la imagen para esclarecer un diagnóstico o aplicar un tratamiento.
- El paciente interesado de la misma forma que el médico que solicita la exploración pero que además quiere que la prueba se realice sin demoras, con las máximas garantías de seguridad, mínima exposición radiológica posible y con las menores molestias.

MISIÓN DEL PROCESO
Valorar, realizar e informar las pruebas tanto diagnósticas como terapéuticas realizadas a los pacientes por el Servicio de Radiología con el propósito último de esclarecer o dimensionar la sospecha clínica, o controlar su evolución, todo ello efectuado con los procedimientos de imagen mas apropiados y garantizando los principios de justificación, optimización y adecuación de dosis.

- Diseño General del Proceso

La implantación de los Sistemas Informáticos Radiológicos favorece y hace más entendible todo el Proceso destacando además su inclusión en el Proceso General Hospitalario, así como favoreciendo la localización de los Subprocesos.

El Perfil 1 de IHE, corresponde casi en su totalidad con el diseño del Proceso motivo de este Documento.

El Perfil 1 de IHE muestra la total integración entre las diferentes Modalidades y Sistemas Informáticos Médicos y su articulación, también de modo totalmente integrador e inseparable, con los actores y funciones del Proceso.

El valor añadido que puede ofrece este Proceso es utilizar de modo adecuado, todas las modalidades y técnicas por la imagen para:

- Confirmar una sospecha diagnóstica clínica.
- Dimensionar la extensión o relevancia de una enfermedad y evaluar su evolución.
- Obtener muestras de lesiones de sospecha para su correcta filiación por parte del Servicio de Anatomía Patológica.
- Utilización de la radiología vascular e intervencionista.

5.5.2. Clientes y salidas del proceso: necesidades y expectativas

La estrategia principal para el diseño del proceso es la satisfacción de las necesidades y expectativas de los destinatarios del mismo. Estas necesidades y expectativas se han determinado de forma empírica por el grupo mediante su conocimiento y experiencia profesional aunque deberán ser confirmadas y evaluadas periódicamente mediante estudios adecuados y periódicos.

CLIENTES / SALIDAS		
CLIENTE	NECESIDADES Y EXPECTATIVAS	SALIDAS
Paciente	<p>Accesibilidad a las prestaciones con la menor demora posible y en cualquier caso sin poner en peligro su pronóstico y calidad de vida futura.</p> <p>Puntualidad a fin de evitar esperas innecesarias., adaptando lo más posible su horario de funcionamiento a sus posibilidades personales.</p> <p>Información sobre la prueba.</p> <p>Agilidad: Escasos trámites administrativos para la obtención de la cita y la gestión de incidencias durante su transito por el proceso.</p> <p>Estabilidad de la cita: Reducir la incidencia de la desprogramación y reprogramación de la actividad y evitar las incomodidades por cambio de fecha y/u hora de la cita.</p> <p>Capacidad resolutive: mínimos contactos para la resolución de su asistencia.</p> <p>Información (operativa) simple, clara, concisa, veraz y actualizada que le permita conocer en el idioma apropiado la forma de proceder del área asistencial en relación con su contactos, y especial todo aquello que tiene que ver con sus fechas de citación y demoras.</p> <p>Información clínica adecuada, oportuna, veraz, y actualizada sobre el procedimiento a</p>	<p>Paciente identificado, registrado con cita previa asignada y comunicada, y volante de cita en su poder.</p> <p>Paciente informado del procedimiento y/o tratamiento (en su caso) con carácter previo a su realización y plan de cuidados a seguir.</p> <p>Información personalizada de citas asignadas y demoras.</p> <p>Consentimiento informado (CI) en aquellos procedimientos de riesgo (ajustado al modelo recogido en la "Guía sobre CI")</p> <p>Solicitudes autorizadas y gestionadas de transporte sanitario cuando así se precise.</p> <p>Estudio realizado, sin necesidad de repetir el proceso.</p> <p>Paciente satisfecho.</p>

CLIENTES / SALIDAS		
CLIENTE	NECESIDADES Y EXPECTATIVAS	SALIDAS
	<p>realizar, sin olvidar aquella referida a las actuaciones previas necesarias para una perfecta asistencia.</p> <p>Trato adecuado (cortesía, intimidad, confidencialidad, humanización y confort) y respeto a su autonomía.</p> <p>0. Ausencia de dolor.</p> <p>1. Seguridad clínica.</p> <p>2. Mínima radiación.</p> <p>13. Administración de medios de contraste sólo cuando sean necesarios.</p>	
Familiares y allegados autorizados por el paciente	<p>Información sobre el procedimiento siguiendo el protocolo hospitalario y la voluntad del paciente.</p> <p>Facilidades para el acompañamiento</p> <p>Apoyo social y personal.</p>	<p>Familiares informados y conocedores del procedimiento a realizar al paciente.</p> <p>Estudio realizado.</p> <p>Familiares satisfechos</p>
Otros procesos de la organización	Garantizar la disponibilidad de la información del estudio en la historia clínica (HC).	HC con el informe de la prueba realizada incorporado.
Profesionales solicitantes	<p>Información entre profesionales recíproca, rápida y de calidad.</p> <p>Coordinación entre servicios que cooperan en la atención al problema de salud alcanzando acuerdos que posibiliten la adecuada accesibilidad, la alta resolución y los mínimos contactos.</p> <p>Acceso a la imagen y al informe.</p> <p>Resultado completo y adecuado al motivo de la solicitud.</p> <p>Información precisa y concluyente en relación con el motivo de la solicitud.</p>	<p>Informe clínico del estudio(s) realizado y recibido en el menor tiempo posible y en la forma establecida.</p> <p>Contactos personales.</p> <p>Profesional satisfecho.</p>
Profesionales internos	<p>Formularios de solicitud adecuadamente cumplimentados.</p> <p>Justificación de solicitud y acceso a toda la información clínica del paciente.</p> <p>Adecuación de la solicitud de pruebas a la evidencia disponible y a los protocolos existentes.</p> <p>Acceso ágil a todas las imágenes de estudios previos del paciente.</p> <p>Comunicación directa con el solicitante.</p> <p>Cumplimentación del consentimiento informado (en su caso).</p> <p>Sistema informático ágil, sencillo y desburocratizado.</p> <p>Ambiente de trabajo profesional adecuado (tecnológico, organizativo, arquitectónico, y laboral)</p> <p>Posibilidad de realizar diagnóstico remoto e interconsultas a otros radiólogos.</p> <p>0. Acceso a material didáctico (revistas científicas en papel y on line, libros)</p> <p>1. Asistencia y participación en cursos y congresos.</p> <p>2. Participación en proyectos de Investigación y nuevos protocolos.</p> <p>3. Profesionales con alto nivel de autoexigencia y conscientes de que su trabajo se enmarca dentro una actividad global que va más allá del Hospital y su Área de referencia.</p>	<p>Informe del estudio(s) realizado y accesible al médico peticionario.</p> <p>Profesionales satisfechos y fidelizados con la organización.</p> <p>Profesionales satisfechos por participar de modo muy activo, con sus máximas capacidades, esfuerzo y eficiencia en el mantenimiento y desarrollo de la Radiología Pública.</p>

CLIENTES / SALIDAS		
CLIENTE	NECESIDADES Y EXPECTATIVAS	SALIDAS
Autoridad sanitaria	<p>El conocimiento y registro de todos los pacientes atendidos y procedimientos realizados, así como de los no realizados; y por tanto, su informatización en los programas que a tal efecto dispone el SMS.</p> <p>Optimizar la eficiencia de los recursos de diagnóstico por imagen.</p> <p>Coordinación de la práctica clínica diseñada por los profesionales. Ésta, deberá ser efectiva, segura y eficiente, con un uso adecuado de los recursos, evitando procedimientos y actividades innecesarias y duplicidades.</p> <p>Implantación de la contabilidad analítica que, junto a otros objetivos, permita a los profesionales conocer en cada momento, el coste de su actividad.</p>	<p>Agendas de citación creadas.</p> <p>Cita previa informatizada y registro de la prestación asistencial solicitada.</p> <p>Paciente identificado, registrado con cita previa asignada y comunicada al paciente.</p> <p>Captura de actividad efectivamente realizada, de la actividad paralela realizada (interconsultas, comisiones) y aquellas otras no realizada con expresión del motivo.</p> <p>Registro de desprogramaciones y reprogramaciones de citas.</p> <p>Control de la Gestión clínica y económica.</p>
Proveedores directos	<p>Información adecuada en tiempo y forma sobre el suministro ordinario y extraordinario de recursos de su competencia.</p>	<p>Solicitudes de aprovisionamiento.</p>

5.5.3. Solicitudes al proceso: entradas y requisitos

SOLICITUDES AL PROCESO Y ENTRADAS		
SOLICITANTE	REQUISITOS	ENTRADAS
Médico que remite al paciente y solicita el estudio	<p>Conocimiento de la cartera de servicios de Radiodiagnóstico.</p> <p>Cumplimentación del formulario de solicitud de estudio radiológico (en papel o en soporte electrónico). Requisitos mínimos del informe médico de solicitud:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paciente identificado. • Facultativo identificado, con nombre y número de colegiación legibles. • Firmado. • Informe clínico completo de interés (Incluye información relativa a alertas, anamnesis, exploración, tratamientos previos y plan de cuidados iniciados o propios del paciente). • Riesgos personalizados u otros que puedan interferir en el estudio. • Diagnóstico de sospecha y/o motivo de la solicitud). • Preferencia. • Estudio solicitado. <p>3. Adecuación de la prueba diagnóstica solicitada con la duda o sospecha clínica, poniéndose en contacto con el Servicio de Radiodiagnóstico en caso de duda</p> <p>Paciente informado de condiciones específicas del procedimiento solicitado con documento de consentimiento informado cumplimentado en los casos precisos.</p>	<p>Cartera de servicios de Radiodiagnóstico divulgada en el Área de Salud.</p> <p>Informe médico de solicitud de estudio correctamente cumplimentado.</p> <p>Ponderación de las prioridades individuales para gestionar que el paciente esté el menor tiempo posible en lista de espera, y que se adecue a sus necesidades.</p> <p>Conocimiento de la lista de espera por parte del responsable del Servicio de Radiodiagnóstico.</p> <p>Accesibilidad a los documentos de consentimiento informado (SOFIANET).</p> <p>Paciente informado de las condiciones específicas del procedimiento y que autoriza su realización en los casos que así proceda</p>
Personal administrativo que gestiona la cita	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificación del paciente. 2. Tramitación de la cita para el estudio. 3. Instrucciones para la realización del estudio, de ser necesarias. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Paciente identificado. 2. Citas otorgadas según nivel de prioridad. 3. Paciente informado de la fecha y lugar donde se realizará el estudio.
Radiólogos, Técnicos de radiología y enfermeras, que participan en el estudio.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificación del paciente. 2. Confirmación de la cumplimentación del documento de consentimiento informado, si el estudio lo requiere. 3. Verificación de la correcta preparación del paciente. 3. Realización del estudio. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Paciente identificado (confirmación de nombre y apellidos en los ambulatorios, brazalete en los ingresados o de urgencias). 2. Documento de consentimiento informado cumplimentado, si procede. 3. Estudio realizado e informado por el Radiólogo (TC, RM, ecografías...).

5.5.4. Guías del proceso

Además de las necesidades detectadas para cumplir con las necesidades y expectativas de los pacientes y de los grupos de interés, las principales normas, limitaciones, planes o protocolos que guían al proceso son los siguientes:

GUÍAS QUE CONDICIONAN O DIRIGEN EL PROCESO		
¿Qué guías se precisan/existen?	Síntesis	Documento disponible
Planes de gestión/objetivos	Documento donde se establecen los objetivos de actividad y resultado acordados entre el SMS y la Dirección del Centro en la atención a pacientes en Radiología.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Acuerdo de Gestión con el SMS. 2. Plan estratégico del Área de Salud VII. 3. Plan de Salud 2010-2015 del SMS.
	Documento donde se establecen los objetivos de actividad y resultado acordados entre la Dirección del Centro y el Servicio en la atención a pacientes.	Pactos de gestión que se firman anualmente entre la Dirección Médica y el responsable del Servicio de Radiodiagnóstico y entre la Dirección de Enfermería y el Supervisor de

		Enfermería del Servicio.
Políticas de calidad.	Plan donde se establecen las directrices y actuaciones para la mejora de la calidad de la actuación de los dispositivos asistenciales del SMS.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Plan de gestión y mejora continua de la calidad del Área de Salud VII. 2. Líneas estratégicas del SMS. 3. Modelo EFQM. 4. Plan de acción para la mejora de la seguridad del paciente de la Región de Murcia. 2012/2016. 5. Programa de Calidad del propio Servicio de Radiología.
Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.	Establece los derechos y obligaciones del paciente y del médico responsable en materia de información y documentación clínica.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ley 41/2002 2. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. 3. Ley 41/2002 (ya citada) 4. Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal (LOPD) y RD 1720/2007, de 21 de diciembre, que aprueba el Reglamento de desarrollo de la LOPD. 5. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias 6. Ley 3/2009, de 11 de mayo, de los derechos y deberes de los usuarios del sistema sanitario de la Región de Murcia. 7. Decreto 80/2005, de 8 de julio, por el que se aprueba el reglamento de instrucciones previas y su registro en la Región de Murcia. 8. Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos del Sistema Nacional de Salud. 9. Manual de Gestión de documentación clínica de la Consejería de Sanidad de la R. de Murcia y Manual de actuación del personal sanitario y de gestión en el manejo de la documentación clínica del SMS.
Protocolo de actuación en el consentimiento informado.	Documento con criterios y normas para la cumplimentación del consentimiento informado. Incluye la lista de procedimientos donde este consentimiento debe ser asegurado en cualquier caso.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ley 41/2002 (ya citada) 2. Ley 3/2009, de los derechos y deberes de los usuarios del sistema sanitario de la Región de Murcia. 3. Guía sobre CI del HGURS, revisada por el Comité de Ética Asistencial y aprobada por la Comisión de Dirección. 4. Listado de documentos de CI del Servicio de Radiología en el Área de Salud y disponibles en la intranet. 5. Recomendaciones de la SERAM seram.es/readcontents.php?file=filsec/30/contrastes_yodados.pdf
Manual para la Gestión de Lista de Espera.	Incluye tipos de prioridad autorizados y plazos máximos permitidos según prestación.	Decreto Nº25/2006, de 31 de marzo, por el que se desarrolla la normativa básica estatal en materia de información sobre listas de espera y se establecen las medidas necesarias para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones del sistema sanitario público de la R. de Murcia.

Manual de uso de la historia clínica electrónica.	Manual que recoge entre otros los criterios para la apertura de HCE y criterios para su cumplimentación y consulta.	Manual del usuario de Selene y RIS.
Criterios de utilización de la imagen médica.	Protocolos de actuación y guías clínicas.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Guía de la SEDIA. 2. Guías específicas de la SERAM. 3. Actualizaciones a través de literatura científica. 4. Procedimientos de enfermería en pruebas diagnóstico-terapéuticas (Anexo I). 5. Protocolos de tomografía computerizada del Servicio de Radiología del HGURS. 6. Guía de indicaciones para la correcta solicitud de pruebas de diagnóstico por imagen en patología musculoesquelética del HGURS.
Instrucciones y glosario de términos para la recogida de información de actividad y resultados asistenciales.	Documento que establece los datos e indicadores de cumplimentación obligatoria en relación con el área de radiodiagnóstico para su control de gestión.	Guía de Gestión SERAM.
Normativa relevante/requisitos legales.	Normativa de radioprotección e instalaciones radiológicas.	<ul style="list-style-type: none"> - Ley 25/196, de 29 de abril, sobre energía nuclear. - Ley 15/1980, de 22 de abril, de creación del Consejo de Seguridad Nuclear y Ley 33/2007, de 7 de noviembre, de reforma de la ley 15/1980, de 22 de abril. - Real Decreto 1132/90 de 14 de septiembre, por el que se establecen medidas fundamentales de protección radiológica de las personas sometidas a exámenes y tratamientos médicos. - Real Decreto 413/1997 de 21 de marzo, sobre protección operacional de los trabajadores externos con riesgo de exposición a radiaciones ionizantes por intervención en zona controlada. - Real Decreto 1836/1999, de 3 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento sobre Instalaciones Nucleares y Radiactivas, modificado por el RD 35/2008, de 18 de enero. - Real Decreto 1976/1999 de 23 de diciembre, por el que se establecen los criterios de calidad en Radiodiagnóstico. - Real Decreto 783/2001, de 6 de julio, por el que se aprueba el Reglamento sobre protección sanitaria contra radiaciones ionizantes, modificado por el Real Decreto 1439/2010, de 5 de noviembre. - Real Decreto 815/2001 de 13 de julio sobre justificación del uso de las radiaciones ionizantes para la protección radiológica de las personas con ocasión de exposiciones médicas. - Real Decreto 1085/2009, de 3 de julio, por el que se aprueba el Reglamento sobre instalación y utilización de aparatos de Rayos X con fines de diagnóstico médico. - Real Decreto 1564/2010 , de 19 de noviembre, por el que se aprueba la Directriz básica de planificación de protección civil ante al riesgo radiológico. - Real Decreto 1308/2011 , de 26 de septiembre, sobre protección física de las instalaciones y los materiales nucleares, y de las fuentes radiactivas.
Instrucciones y glosario de términos para la recogida de información de actividad y resultados asistenciales.	Documento que establece los datos e indicadores de cumplimentación obligatoria en relación con el área de radiodiagnóstico para su control de gestión.	Cuadro de Mando corporativo.

Sistema de Notificación y aprendizaje para la seguridad del Paciente	Registro de incidentes o sucesos adversos para la prevención de errores	PG-05 Gestión de notificaciones.
--	---	----------------------------------

5.5.5. Recursos críticos

RECURSOS/INTERACCIONES CON PROCESOS DE APOYO			
¿Qué se necesita?	¿De qué proceso/proveedor?	Interacción/soporte	¿Por qué es crítico?
Equipos de reanimación y desfibriladores	Aprovisionamiento.	- Petición de material por inversiones. -Plan de mantenimiento Preventivo.	Atención vital de emergencia a un paciente.
Equipos de monitorización y exploración y otros de consulta convencional.	Aprovisionamiento.	- Petición de material por inversiones. -Plan de mantenimiento Preventivo.	Normal funcionamiento de la atención.
Limpieza e Integridad de salas y equipos, según lo planificado.	Mantenimiento. Limpieza.	-Plan de mantenimiento Preventivo. - Plan de Asistencia y reparación de equipos. - Plan de limpieza.	- Seguridad del paciente y los profesionales - Normal funcionamiento de las salas.
Material específico para protección radiológica de trabajadores y usuarios.	Aprovisionamiento.	- Petición de material. -Plan de mantenimiento Preventivo.	Seguridad del proceso
Equipos humanos adecuadamente planificados.	Gestión de Personas.	- Planificación de plantilla. - Solicitud de cobertura por ausencia.	- Optimizar los recursos para un funcionamiento eficiente - Normal funcionamiento de las salas.
Personal con formación adecuada.	Formación continuada.	Plan de formación.	Aprendizaje y mejora de la competencia en el manejo de equipos y realización e interpretación de técnicas concretas.
Material sanitario y farmacia de acuerdo a los pactos de consumo acordados.	Aprovisionamiento.	Petición de material por stocks/ existencia al almacén.	Normal funcionamiento de la atención.
RIS y PACS	Gestión del Servicio Y Sistemas Informáticos Radiológico.	- Petición de consulta con datos básicos de identificación - Planificación de listas de trabajo - Conclusión de estudios - Realización de informes radiológicos. - Visualización de imágenes e informes.	Identificación de pacientes, informes e imágenes.
Historia clínica electrónica	Sistemas de información clínica	Consulta informática	Registro y consulta de la historia clínica del paciente
Mantenimiento de agendas de citación: Citación de consultas.	Gestión de Pacientes.	- Planificación de agendas - Solicitud de cambios	Planificación de la actividad en salas.
Trasporte sanitario.	Gestión de Pacientes.	Solicitud de traslado comunicada completa.	Traslado del paciente que así lo requiere.
Programación de interconsultas en otros centros.	Gestión de Pacientes.	Petición de interconsulta con datos básicos de identificación, destino, datos clínicos y prioridad.	Planifica la interconsulta a otros centros.
Accesos a servicios Web de apoyo a la práctica clínica.	Sistemas de información científico técnica.	Murcia Salud.	Mejora de la función diagnóstica del Servicio de Radiología.

5.5.6. Directrices de calidad

Como consecuencia de las expectativas anteriores, se establecen una serie de características de calidad para el proceso que constituyen la base de su evaluación periódica y se constituyen en guías del mismo.

5.5.6.1. Orientadas al paciente, familiares y allegados

- Accesibilidad, con tiempos de demora para el acceso que no pongan en riesgo la evolución y pronóstico de la enfermedad.
- Agilidad en el tránsito por el proceso minimizando los tiempos de espera.
- Eficacia (mínimos contactos y necesidad de recitación).
- Seguridad operativa que prevenga errores de gestión de su tránsito por el proceso (errores de identificación, de citación, etc.).
- Seguridad clínica que prevenga errores en la práctica clínica que provoque efectos adversos o complicaciones indebidas. Minimizar la radiación.
- Trato personal correcto, intimidad y confidencialidad.
- Respeto a su autonomía: Información continuada de la evolución y situación del proceso, en general y en momentos puntuales, proporcionando conocimientos sobre los diferentes aspectos de la enfermedad utilizando los medios disponibles para facilitar la toma de decisiones.
- Información clínica veraz, oportuna y actualizada acerca del procedimiento.
- Establecer vías de acceso fácil a los profesionales para aclarar dudas y resolver incidencias.
- Atención según criterios unificados y protocolizados, y utilizando la mejor evidencia científica disponible.
- Adecuar la atención a las necesidades individuales, adaptándose a situaciones de invalidez.

5.5.6.2. Orientadas a los Profesionales

1. Información entre servicios asistenciales recíproca, rápida y actualizada. Coordinación entre dispositivos y servicios que cooperan en la atención al problema de salud alcanzando acuerdos que posibilite la alta resolución y los mínimos contactos, y la accesibilidad adecuada a la prioridad médica. Minimizar los tiempos de espera en aquellos casos con alta prioridad.
2. Información precisa y concluyente en relación con el motivo de la solicitud, en base a un estudio completo, adecuado a dicho motivo de la solicitud y seguro. Asegurarse de incluir en la petición el motivo de la solicitud y/o la sospecha diagnóstica.
3. Bajo tiempo de respuesta en la emisión del informe (este tiempo debe ser establecido con concreción y su falta de cumplimiento por parte del Servicio de Radiología debe ser justificado por el Radiólogo responsable o por el Responsable inmediatamente superior), con accesibilidad a las imágenes y al contraste de opiniones entre los profesionales.

5.5.6.3. Orientadas a la Autoridad Sanitaria

1. Información entre servicios asistenciales recíproca, rápida y actualizada. Coordinación entre dispositivos y servicios que cooperan en la atención al

problema de salud alcanzando acuerdos que posibilite la adecuación de las peticiones de estudio y su prioridad (protocolos, guías, etc.)

2. Historia clínica completa y actualizada: Información continuada de la evolución y situación del proceso, en general y en momentos puntuales, de forma rápida, clara y legible.
3. Información precisa y adecuada en la solicitud del estudio en relación con el motivo del mismo.
4. Conocimiento adecuado a la tecnología disponible.
5. Tecnología adecuada y segura clínica y operativamente.
6. Disminución de frecuentaciones potencialmente innecesarias.
7. Adecuado rendimiento y productividad de los recursos.
8. Alta satisfacción del paciente con las condiciones de atención recibidas.

5.5.7. Descripción general del proceso

5.5.7.1. Componentes Funcionales: Subprocesos

El proceso se puede subdividir en los siguientes tramos (Subprocesos: Entradas de primer nivel):

A) Admisión:

- Misión: Recepcionar, verificar y autorizar la prueba(s) solicitada.

- Incluye:

- A.1. Inclusión en el registro de solicitudes.
- A.2. Mantenimiento del registro de lista de espera de procedimientos.

B) Aceptación y Planificación:

- Misión: Revisar la adecuación de la solicitud y las condiciones del paciente para su realización.

- Incluye:

- B.1. Aceptación o no aceptación de la solicitud.
- B.2. Cambio en caso de que se precise un estudio radiológico pero el solicitado no sea el adecuado.
- B.3. Evaluación del riesgo (procedimientos que así lo requieren).
- B.4. Revisión del historial radiológico.
- B.5. Planificación de la técnica a utilizar (procedimientos que así lo requieren).
- B.6. Consentimiento informado (procedimientos que así lo requieren).

C) Programación del estudio:

- Misión: Asignar fecha y hora para la realización de la prueba de acuerdo con la prioridad médica, la planificación realizada, y la disponibilidad del paciente.

- Incluye:

- C.1. Fecha de la asistencia.
- C.2. Comunicación y relación con el paciente.
- C.3. Información sobre la preparación, si procede

D) Atención previa inmediata:

- Misión: Recepcionar al paciente en el día asignado para la realización de la prueba verificando que cumple con los requerimientos planificados.

- Incluye:

- D.1. Recepción del paciente. Comprobación de su identidad y programación.
- D.2. Traslado del paciente y su acompañante, y recepción del paciente al área técnica.
- D.3. Comprobación de la idoneidad de las circunstancias clínicas del paciente en este momento puntual.

E) Comprobación de la idoneidad de las instalaciones, equipos y materiales:

- Misión: Verificar y en su caso subsanar, con carácter previo al momento de la realización de la prueba, que se cumplen todos los requerimientos de equipos e instalaciones necesarios para su realización.

- Incluye:

- E.1. Comprobación de la idoneidad de las circunstancias de las instalaciones del Área.
- E.2. Comprobación de la idoneidad de las circunstancias del material y equipamiento de soporte médico.
- E.3. Comprobación de la idoneidad de las circunstancias de los equipos.

F) Realización del estudio:

- Misión: Realizar al paciente la prueba que se ha planificado con antelación.

- Incluye:

- F.1. Protección específica del paciente.
- F.2. Técnicas de imagen/radiología intervencionista.
- F.3. Información al paciente y/o familiares previamente sobre el procedimiento que se va a realizar y posteriormente, sobre lo realizado y su resultado inmediato, así como las recomendaciones de cuidados que sean necesarias según técnica realizada Traslado del paciente a la unidad de reanimación o al Servicio de Urgencias en los procedimientos que así lo requieran.
- F.4. Captura de actividad (RIS, Historia clínica y HIS).

G) Informe médico:

- Misión: Realizar y emitir el informe radiológico de la prueba realizada.

- Incluye:

- G.1. Edición del informe.
- G.2. Validación del informe.
- G.3. Emisión del informe en los casos necesarios.

5.5.7.2. Actores

Los actores que participan en el proceso son:

- **Paciente:** Persona que acude o es trasladada al Servicio con una solicitud médica para la realización de un estudio o tratamiento mediante técnicas de imagen.
- **Familiar/allegado:** Persona relacionada con el paciente que asume la condición de cuidador y/o responsable o persona de contacto indicado por el paciente.
- **Médico Radiólogo:** Médico que realiza técnicas de radiodiagnóstico e intervenciones guiadas por apoyo con imagen, e interpreta el estudio y/o emite el informe.
- **Medico solicitante:** Médico que realiza la petición del estudio.
- **Enfermera:** Profesional sanitario que atiende al paciente en cualquiera de las fases del proceso, en la prestación de cuidados de enfermería independientes y de colaboración que el paciente pueda requerir.
- **Auxiliar:** Profesional sanitario que atiende al paciente en cualquiera de las fases del proceso, colaborando para cubrir las necesidades del paciente y prestando apoyo al equipo sanitario.
- **Técnico en Radiología:** Profesional sanitario Técnico que realiza los estudios radiológicos,.
- **Informático:** Personal no sanitario encargado del control y mantenimiento en primera línea de los Sistemas RIS/PACS y de resolver sus incidencias
- **Administrativo:** Profesional no sanitario del Servicio de Radiología que atiende al paciente en su relación administrativa.
- **Celador:** Profesional no sanitario que atiende al paciente en aspectos de información y movilidad en el centro asistencial, y colabora con el resto de sus profesionales en su atención integral.
- **Limpiadora:** Profesional no sanitario que atiende a las necesidades de limpieza del Servicio de Radiología, colaborando con el mantenimiento de un nivel adecuado de biocontaminación de superficies inertes.
- **Otros:** Profesionales no sanitarios que atienden las necesidades de mantenimiento, informática, seguridad y hostelería.

5.5.7.3. Descripción de los Subprocesos

A continuación se describen cada uno de los subprocesos anteriores, y en cada uno de ellos se establece:

- **Quién:** Actores principales que participan en el subproceso.
- **Cuándo:** Limite inicial del subproceso (momento en el cual deben iniciarse sus actividades).
- **Dónde:** Nivel de atención y/o servicio donde preferentemente debe realizarse el subproceso.
- **Cómo:** Descripción y conjunto de actividades que deben realizarse en ese subproceso.

SUBPROCESO	ADMISIÓN
QUIÉN	Administrativo
CUÁNDO	Desde la recepción de la solicitud médica de estudio hasta que el paciente es incluido en el registro de solicitudes pendientes con independencia del motivo.
DÓNDE	En el HIS, independientemente de donde se ubique la terminal del ordenador en el que se realiza
CÓMO	Mediante el registro integrado en el HIS del Centro y con la HCE del paciente.

SUBPROCESO	ACEPTACIÓN Y PLANIFICACIÓN DEL ESTUDIO / TECNICA
QUIÉN	Radiólogo
CUÁNDO	Tras la recepción de la solicitud del estudio
DÓNDE	En el Servicio de Radiología donde se va a producir la atención
CÓMO	El radiólogo decidirá si se realiza el estudio o no; si se sustituye por otro más adecuado (tras informar al facultativo solicitante). También y debido a la importancia del cuadro clínico, del pronóstico sospechado y de otros factores que él considere, se programará con mayor o menor premura.

SUBPROCESO	PROGRAMACIÓN DEL ESTUDIO
QUIÉN	Administrativo
CUÁNDO	Desde que la solicitud médica de consulta ha sido autorizada y planificada hasta que el paciente es informado y acepta la fecha y hora de cita asignada.
DÓNDE	En el Centro donde se va a producir la atención.
CÓMO	Sin demora significativa desde la recepción de la solicitud de procedimiento (evitar retrasos o demoras planificadas en la asignación de fecha y hora de la cita). Mediante programa informático utilizando las agendas planificadas para la técnica seleccionada. Se recomienda que este subproceso pueda realizarse sin la presencia del paciente comunicándole la fecha y hora asignada mediante teléfono, correo ordinario, electrónico o sms.

SUBPROCESO	ATENCIÓN PREVIA INMEDIATA
QUIÉN	Administrativo, Enfermera, Auxiliar, Celador, Técnico.
CUÁNDO	A la llegada del paciente al Servicio de Radiología el día de la realización de la técnica.
DÓNDE	En el Servicio de Radiología donde se va a producir la atención. En algunos casos en la puerta de Urgencias o en la Sala de Admisión de Pacientes para procedimientos Intervencionistas ambulatorios
CÓMO	Se efectuará siguiendo los protocolos de acogida del Servicio de Radiodiagnóstico con la utilización de formularios en aquellos procedimientos invasivos y/o de riesgo identificado y siempre incluirá el estudio de adecuación de la preparación del paciente.

SUBPROCESO	COMPROBACIÓN DE LA IDONEIDAD DE LAS INSTALACIONES, MATERIAL MÉDICO Y ELECTROMÉDICO Y EQUIPOS RADIOLÓGICOS
QUIÉN	Enfermero y Técnico
CUÁNDO	El día programado para la realización del procedimiento, y periódicamente con carácter general.
DÓNDE	En el Servicio de Radiología donde se va a producir la atención
CÓMO	Existirá una instrucción técnica donde se especifique la periodicidad y los métodos de verificación de las instalaciones, materiales y productos, y equipos que se van a utilizar y que deberá ser cumplimentada por cada responsable. Existirá una lista con el material obligatorio que será comprobada y validada.

SUBPROCESO	REALIZACIÓN DEL ESTUDIO/PROCEDIMIENTO
QUIÉN	Radiólogo, Enfermera, Técnico, Auxiliar
CUÁNDO	El día de la cita para la realización del estudio/procedimiento
DÓNDE	En el Servicio de Radiología, Plantas de hospitalización, UCI o Quirófano.
CÓMO	Según el protocolo definido para la técnica planificada y las características particulares de riesgo del paciente.

SUBPROCESO	INFORME RADIOLOGICO
QUIÉN	Radiólogo
CUÁNDO	Tras la realización de la técnica.
DÓNDE	En el Servicio de Radiología o en cualquier otro lugar que permita la práctica de la teleradiología.
CÓMO	Sin demora significativa inmediatamente tras la técnica (evitar retrasos).

5.5.8. Catálogo de actividades

A continuación se presenta el catalogo de actividades que engloba el proceso, y su descripción. En el catalogo se describe:

- Nombre de la actividad.
- Objetivo.
- Subprocesos donde se realiza.
- Profesional: Actor(es) principales que intervienen.
- Dispositivo Asistencial: Tipo de centros donde preferentemente se realiza la actividad.
- Principales riesgos/requerimientos de calidad específicos para la actividad.

CATALOGO DE ACTIVIDADES

SUBPROCESOS	ACTIVIDAD	OBJETIVO	ACTORES	DISPOSITIVOS	REQUERIMIENTOS
1.- ADMISIÓN	Recepción de la solicitud y autorización de prestación.	- Comprobar la adecuación administrativa de la solicitud de consulta a AE e identificar al paciente. - Denegar solicitudes cuando estas no cumplen con los requerimientos exigidos, según procedimiento.	Administrativo/a	Centro de destino de la solicitud médica	- Documentación cumplimentada de forma completa y veraz. - Actividad realizada con la menor demora que se ajuste a las necesidades clínicas.
	Inclusión en el registro de solicitudes.	Registrar al paciente en el registro de demanda de solicitudes y la técnica (codificada) solicitada.	Administrativo/a	Centro de destino de la solicitud médica	- Documentación cumplimentada de forma completa y veraz. - Actividad realizada con la menor demora que se ajuste a las necesidades clínicas.
	Mantenimiento del registro de lista de espera de procedimientos.	Actualización permanente del registro de demanda.	Administrativo/a	Centro de destino de la solicitud médica	Debe mantener actualizada los datos de los estudios solicitados, su fecha de realización prevista, y técnica planificada.
2.-ACEPTACIÓN Y PLANIFICACIÓN DE LA TÉCNICA	Evaluación de riesgos	Análisis del motivo de solicitud y condiciones clínicas del paciente.	Radiólogo	Servicio de Radiología	Debe concluir con la autorización o denegación del estudio, y en su caso determinar prioridad para la realización del estudio. Aconsejable disponer de criterios de demora máxima según prioridad medica.
	Consentimiento informado.	Consentimiento informado del paciente o responsable legal para aquellos procedimientos donde así se establece.	Radiólogo	Servicio de Radiología	Según el protocolo y criterios que se establezcan a tal efecto.
	Planificación de la técnica a utilizar	Determinar la técnica a realizar y planes de cuidados a observar previamente a la realización del estudio.	Radiólogo Enfermera	Servicio de Radiología	Según protocolo del Servicio. Incluye la definición del plan de cuidados que el paciente debe observar previamente a la realización de la técnica.

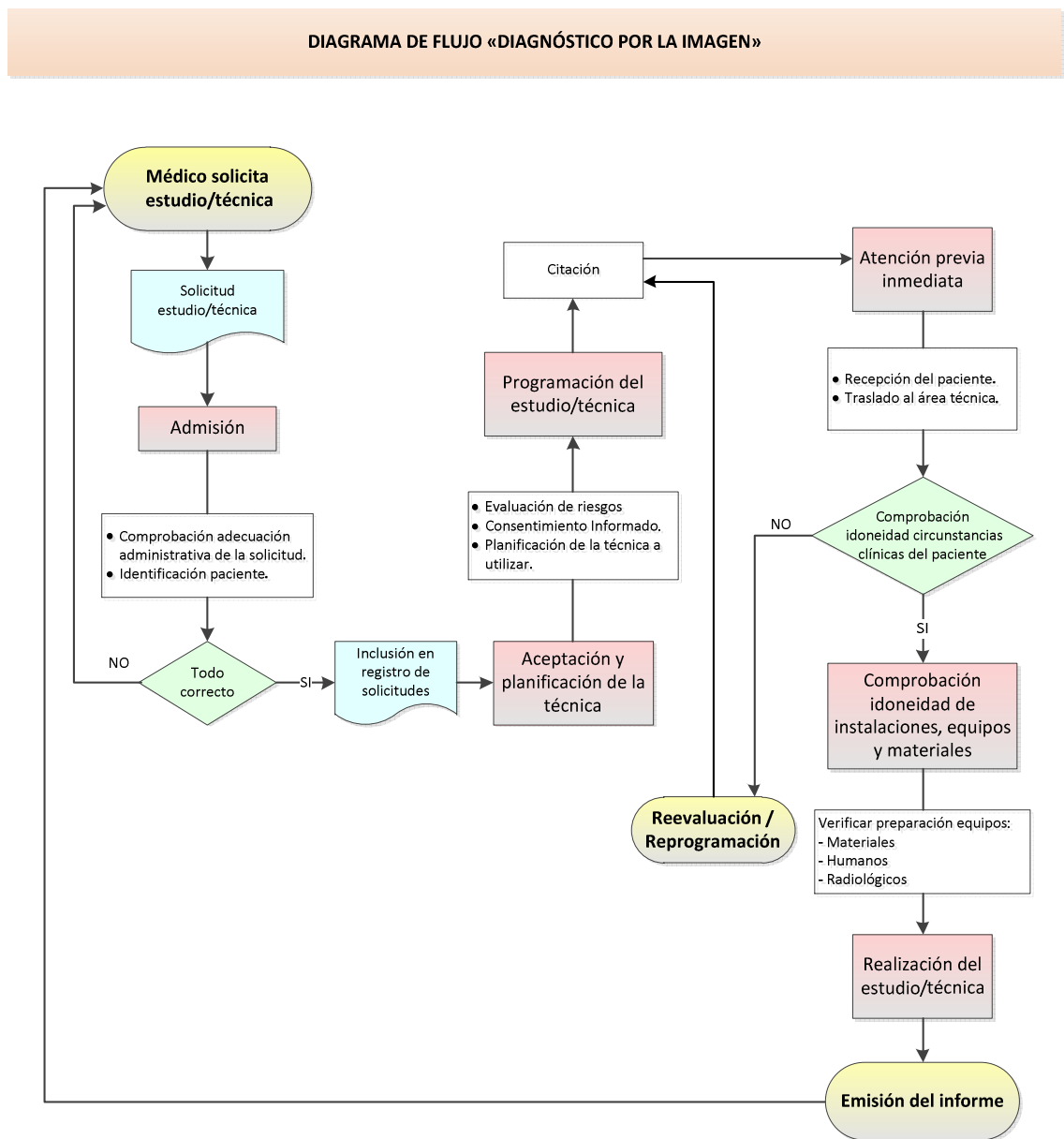
3.- PROGRAMACIÓN DEL ESTUDIO	Citación	A través de la agenda de la técnica planificada, y de localizar la primera fecha y hora disponible que mejor cumple con los requerimientos de prioridad establecidos.	Administrativo/a	Servicio de Radiología	Sin demoras significativas tras la recepción del estudio autorizado y planificado.
	Comunicación al paciente	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicar al paciente la fecha y hora asignada para la cita solicitada y el plan de cuidados. - Si paciente ingresado comunicar al personal de enfermería de la unidad la cita y preparación que precisa el paciente. 	Administrativo/a Enfermera Auxiliar	Servicio de Radiología	<p>Sin demoras significativas tras la cita.</p> <p>Considerando la disponibilidad del paciente en la fecha y hora elegida y adaptándolo a sus necesidades en lo posible.</p> <p>Recomendado que se realice por escrito mediante sistemas de aviso que no requieran la presencia o desplazamiento del paciente (correo, sms).</p>
4.- ATENCIÓN PREVIA INMEDIATA	Recepción del paciente	Verificación de la identidad del paciente y la programación.	Administrativo/a	Servicio de Radiología	Disponer de procedimiento para resolución de pacientes programados que no acuden. Valorar “auto checking”
	Traslado del paciente y su acompañante y recepción del paciente al área técnica.	Dirigir al paciente y su acompañante al área técnica.	Celador (problemas de movilidad/ autonomía)	Servicio de Radiología	
	Comprobación de la idoneidad de las circunstancias clínicas del paciente.	Verificar la correcta preparación del paciente así como que su situación clínica no presenta situaciones clínicas nuevas de riesgo clínico.	Radiólogo/ Enfermera	Servicio de Radiología	
5.- COMPROBACIÓN DE LA IDONEIDAD DE LAS INSTALACIONES, EQUIPOS Y MATERIALES	Preparación de equipos materiales.	Verificar y en caso negativo subsanar la disponibilidad de instrumental y aparatos que se requieren para el normal desarrollo de la técnica.	Enfermero/a o Técnico	Servicio de Radiología	Revisión periódica programada y con carácter previo antes del inicio de cada técnica.
	Disponibilidad de los recursos humanos necesarios	Verificar y en caso negativo subsanar la disponibilidad de los profesionales que se requieren para el normal desarrollo de la técnica.	Jefe de Servicio/ Supervisor de Enfermería	Servicio de Radiología	Diario.

	Preparación de equipos radiológicos	Verificar y en caso negativo subsanar el correcto funcionamiento de los equipos radiológicos que se requieren para el normal desarrollo de la técnica.	Enfermero/a o Técnico	Servicio de Radiología	Revisión diaria programada y con carácter previo antes del inicio de cada técnica.
6.- REALIZACIÓN DEL ESTUDIO	1. Protección específica del paciente	Aplicar al paciente el protocolo general de protección radiológica, así como aquel específico que se derive de la prueba a realizar y de las condiciones del paciente.	Técnico Enfermera	Servicio de Radiología	Aplicación de las medidas pertinentes según prueba a realizar, dejando constancia en HC si procede.
	2. Técnica radiológica	Realización de los procedimientos planificados.	Radiólogo/ Técnico Enfermera	Servicio de Radiología	<ul style="list-style-type: none"> - Paciente informado y preparado adecuadamente. - Reserva de tiempo de sala adecuado para su realización. - Consulta y registro de la Historia Clínica del paciente por parte del radiólogo y/o la enfermera.
	3. Información a pacientes y/o familiares sobre el procedimiento realizado (técnicas invasivas y terapéuticas).	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicar al paciente, y en su caso a sus familiares el desarrollo de la técnica y en su caso los hallazgos obtenidos. - Facilitar las recomendaciones de cuidados pertinentes. 	Radiólogo/ Técnico Enfermera	Servicio de Radiología	Información veraz y adecuada para la comprensión del paciente
	4. Traslado del paciente a la unidad de recuperación en los procedimientos que así lo requiere.	Trasladar al paciente a un área de observación temporal en aquellos casos que así se requiera.	Celador	Unidad del hospital que se estime oportuna para la recuperación del paciente (CMA, Reanimación,...)	
	5. Captura de actividad.	Registro en el HIS y en la HCE (cuando así se requiera) la realización de la técnica	Radiólogo/ Técnico	Servicio de Radiología	<ul style="list-style-type: none"> - Formación adecuada. - Codificación de técnicas.

7.- INFORME MEDICO	Edición del informe.	Dictado y transcripción del informe medico del estudio. Corregir errores en los informes dictados mediante reconocimiento de voz.	Radiólogo Administrativo	Servicio de Radiología	- Equipos adecuados a tal efecto. - Codificación de técnicas y de resultados.
	2. Validación del informe.	Garantizar que el informe transcrito corresponde íntegramente con el dictado, así como verificar su adecuación a la prueba realizada (calidad técnica).	Radiólogo	Servicio de Radiología	Radiólogo responsable definido de la actividad.
	3. Emisión del informe.	Información. El médico solicitante consultará el informe vía online. (Solo se entregará informe en soporte papel en los supuestos en que el solicitante no sea médico del Área VII) Yo lo dejaría así: Sólo se entregará informe/pruebas de imagen en soporte físico en los supuestos en que el médico solicitante no tenga acceso a través de la vía online habitual. De este modo se refleja el caso de Oncología del Morales que sí tienen acceso.	Administrativo	Centro donde se realiza la atención médica	-En soporte electrónico para su consulta informática. -Registro de cierre de la demanda de estudio en el HIS.

5.5.9. Representación gráfica

A modo ilustrativo se presenta un diagrama de flujo como metodología de elección para representar el procedimiento de actuación en relación con cada uno de los subprocesos mencionados.



5.5.10. Indicadores

El proceso se diseña con el propósito último de lograr obtener un diagnóstico y/o aplicar un tratamiento utilizando las pruebas radiológicas disponibles y adecuadas. Por tanto se precisa disponer de un conjunto de datos que aporten información acerca de los resultados obtenidos.

Su evaluación permitirá conocer el grado de avance obtenido y en su caso realizar los ajustes necesarios para corregir posibles desviaciones.

Estos datos se formulan en forma de indicadores, que deben ser provistos por las diferentes Áreas Sanitarias como expresión de la implantación del Proceso.

A continuación se relacionan los indicadores decididos, y para cada uno de ellos se establece:

- Nombre del indicador.
- Justificación (objetivo de la medida).
- Descripción del indicador.
- Formula de cálculo.

CONJUNTO DE INDICADORES BÁSICOS

Dimensión	Código	Nombre
Actividad y rendimiento	DIM.A R.01	Exploraciones realizadas
	DIM.A R.02	Unidades de actividad radiológica
	DIM.A R.03	Ocupación de salas
	DIM.A R.04	Índice de utilización radiológica
	DIM.A R.05	Coste UVR
	DIM.A R.06	Capacidad de respuesta en pacientes internos
	DIM.A R.07	Suspensión de pruebas
Satisfacción	DIM.C P.01	Reclamaciones
Calidad Científico-técnica	DIM.C T.01	Exploraciones informadas
Seguridad del paciente	DIM.S P.01	Notificaciones en SiNASP
	DIM.S P.02	Acciones de mejora derivadas de las notificaciones en SiNASP

DESCRIPCIÓN

DIM.AR.01	Exploraciones realizadas
Justificación	Recuento de pruebas realizadas y de profesionales disponibles / año
Tipo	Tasa
Fórmula	Pruebas realizadas / profesionales disponibles año
Acotaciones	TC, RM, Ecografías, Mamografías, RX simple, Telemando y RX intervencionista
Fuente	SELENE
Periodicidad	Mensual

DIM.AR.02 Unidades de actividad radiológica	
Justificación	Las UAR definen objetivamente la carga de trabajo real de un profesional
Tipo	Tasa
Fórmula	Unidades de Actividad Radiológica obtenidas / profesional y año
Acotaciones	TC, RM, Ecografías, Mamografías, RX simple y RX intervencionista
Fuente	RIS
Periodicidad	Mensual

DIM.AR.03 Ocupación de salas	
Justificación	Mide los huecos sin utilizar por sala y por año
Tipo	Proporción
Fórmula	(Huecos sin utilizar por salas disponibles / total de huecos disponibles) x 100
Acotaciones	TC, RM, Ecografías, Mamografías, RX simple y RX intervencionista
Fuente	RIS
Periodicidad	Anual

DIM.AR.04 Índice de utilización radiológica	
Justificación	Tasa de estudios realizados por cada 1000 habitantes
Tipo	Tasa
Fórmula	Nº de estudios realizados x 1000 / habitantes del Área y tiempo de observación
Acotaciones	TC, RM, Ecografías, Mamografías, RX simple y RX intervencionista
Fuente	SELENE
Periodicidad	Mensual

DIM.AR.05 Coste URV	
Justificación	La URV refleja la eficiencia de un Servicio y resulta del equilibrio entre el coste del Servicio y la actividad de los profesionales
Tipo	Ratio
Fórmula	Coste del Servicio / total de UURRVV obtenidas
Acotaciones	URV de todas las pruebas
Fuente	GESCOT-RIS
Periodicidad	Anual

DIM.AR.06 Capacidad de respuesta en pacientes internos	
Justificación	Analiza los estudios informados en un plazo máximo de 24 horas
Tipo	Ratio
Fórmula	Informes realizados en menos de 24 horas x 100 / estudios realizados y días laborables
Acotaciones	TC, RM, Ecografías, Mamografías y RX intervencionista
Fuente	RIS
Periodicidad	Mensual

DIM.AR.07 Suspensión de pruebas	
Justificación	Tasa de pruebas suspendidas por diferentes causas (TAC, RM, y ECO)
Tipo	Proporción
Fórmula	Nº de exámenes TAC, RM y ecografías realizados x 100 / nº de exámenes previstos
Acotaciones	Se limita a TAC, RMN y ecografía
Fuente	SELENE
Periodicidad	Mensual

DIM.CP.01 Reclamaciones	
Justificación	Aproximarnos a la calidad percibida por el usuario
Tipo	Número absoluto
Fórmula	Nº total de reclamaciones relacionadas con el diagnóstico por imagen
Acotaciones	-
Fuente	SUGESAN
Periodicidad	Trimestral

DIM.CT.01 Exploraciones informadas	
Justificación	Recuento de pruebas con informe
Tipo	Proporción
Fórmula	Nº de informes realizados x 100 / nº de pruebas realizadas
Acotaciones	TC, RM, Ecografías, Mamografías y RX intervencionista***
Fuente	RIS

Periodicidad	Anual
--------------	-------

DIM.SP.01 Notificaciones en SiNASP	
Justificación	Conocer los incidentes relacionados con la seguridad del paciente en el área de radiología
Tipo	Valor absoluto
Fórmula	Nº de notificaciones en SiNASP ó Nº de notificaciones en SiNASP del área de radiología/ Nº total de notificaciones en SiNASP x 100.
Acotaciones	
Fuente	Aplicación SiNASP
Periodicidad	Anual

DIM.SP.02 Acciones derivadas de las notificaciones en SiNASP	
Justificación	Conocer
Tipo	Proporción simple
Fórmula	Nº de acciones emprendidas tras las notificaciones en SiNASP del área de radiología/ Nº total de notificaciones en SiNASP del área de radiología x 100.
Acotaciones	
Fuente	Aplicación SiNASP
Periodicidad	Anual

5.5.11. Resumen final del proceso:

SUBPROCESOS	ACTIVIDADES	PROTOCOLOS	INDICADORES
ADMISIÓN	Recepción de la solicitud y autorización de prestación	Evaluación de la calidad percibida específico en Radiología.	N° total de pruebas citadas. Índice global de satisfacción del paciente. Índice global de satisfacción de los empleados del servicio. N° de reclamaciones de pacientes.
	Inclusión en el registro de solicitudes		
	Mantenimiento del registro de lista de espera de procedimientos		
PLANIFICACIÓN DE LA TÉCNICA	Evaluación de riesgos	- Definición y criterios para la elaboración de consentimiento informado en Radiología. - Uso racional de la radiología. - Seguridad del paciente en Radiología.	N° total de pruebas citadas. N° de protocolos asistenciales en curso. Índice global de satisfacción del paciente. Índice global de satisfacción del medico peticionario. Índice global de satisfacción de los empleados del servicio. N° de reclamaciones de pacientes. Notificaciones en SiNASP Acciones derivadas de las notificaciones en SiNASP
	Consentimiento informado		
	Planificación de la técnica a utilizar		
PROGRAMACIÓN DEL ESTUDIO	Citación	Evaluación de la calidad percibida específico en Radiología.	N° total de pruebas citadas. Citas con inasistencias. Índice global de satisfacción del paciente. Índice global de satisfacción del medico peticionario. Índice global de satisfacción de los empleados del servicio. % de citas reprogramadas. Tasa de pruebas suspendidas. N° pacientes citados al servicio por rango de demora. Demora media para la realización de estudios radiológicos. N° de reclamaciones de pacientes.
	Comunicación al paciente		

SUBPROCESOS	ACTIVIDADES	PROTOCOLOS	INDICADORES
. ATENCIÓN PREVIA INMEDIATA	Recepción del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación de la calidad percibida específico en Radiología. - Evaluación de riesgos de salud laboral en Radiología 	Nº total de pruebas realizadas. Índice global de satisfacción del paciente. Índice global de satisfacción de los empleados del servicio. Nº de reclamaciones de pacientes.
	Traslado del paciente y su acompañante y recepción del paciente al área técnica.		
	Comprobación de la idoneidad de las circunstancias clínicas del paciente		
. COMPROBACIÓN DE LA IDONEIDAD DE LAS INSTALACIONES, EQUIPOS Y MATERIALES	Preparación de equipos materiales	Evaluación de riesgos de salud laboral en Radiología	% de horas de equipo no disponible por mantenimiento. Índice global de satisfacción del paciente. Índice global de satisfacción de los empleados del servicio. Nº de reclamaciones de pacientes.
	Preparación de equipos humanos		
	Preparación de equipos radiológicos		
. REALIZACIÓN DEL ESTUDIO	Protección radiológica específica del paciente	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación de la calidad percibida específico en Radiología. - Evaluación de riesgos de salud laboral en Radiología. - Seguridad del paciente en Radiología. 	Nº total de pruebas realizadas. Media de realización /equipo /turno-año. Nº de URV/equipo/año. Tasa de utilización de estudios. Coste por exploración. Coste por URV. Índice global de satisfacción del paciente. Índice global de satisfacción de los empleados del servicio. Nº de reclamaciones de pacientes. Notificaciones en SiNASP Acciones derivadas de las notificaciones en SiNASP
	Técnica radiológica		
	Información a pacientes y/o familiares sobre el procedimiento realizado (técnicas invasivas y terapéuticas)		
	Traslado del paciente a la unidad de recuperación en los procedimientos que así lo requiere		
	Captura de actividad		

SUBPROCESOS	ACTIVIDADES	PROTOCOLOS	INDICADORES
INFORME MEDICO	Edición del informe	Evaluación de la calidad percibida específico en Radiología.	<p>Nº de exploraciones informadas/profesional/año. Nº de URV informadas /profesional/año. Tasa de coincidencias en estudios con doble valoración. Concordancia con Anatomía Patológica. Índice global de satisfacción del paciente. Índice global de satisfacción del medico peticionario. Índice global de satisfacción de los empleados del servicio. Tiempo medio de emisión de informe. Informe editados en el mismo día de la exploración. Informe emitidos en el mismo día de la exploración. Nº de reclamaciones de pacientes.</p>
	Validación del informe		
	Emisión del informe		

6. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA AL PROCESO

El proceso asume los conceptos que se recogen en la Guía de Gestión de los Servicios de Radiología de la SERAM.

El Proceso Radiológico, así como los subprocesos presentan una característica muy precisa: la íntima relación del mismo con la integración de las modalidades con el RIS/PACS y con el HIS.

La propia Integración de los diversos Sistemas Informáticos se articula siguiendo el Proceso Radiológico.

El perfil 1 de IHE cuyo esquema se recoge en el apartado. 5.5.1. Definición/Misión del proceso- Diseño general de proceso es una fotografía muy entendible, más allá de diagramas y esquemas, con el valor añadido de ser muy comprensible la ubicación en el mismo de los diferentes subprocesos.

La Gestión de los Servicios de Radiología no es hoy admitida sin unos Sistemas Informáticos claros, de fácil manejo y con una sencilla captación y manejo de los datos.

Como del documento se desprende, de los 7 indicadores básicos que establece, 6 están contenidos en el RIS, así como varios de los recogidos en la tabla "Resumen final del proceso.

ANEXO 8. ACCIONES FORMATIVAS ACREDITADAS POR EL SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO.

CURSOS SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO ACREDITADOS

2010

Primer Curso de Radiología Clínica

2011

Segundo Curso de Radiología Clínica

Radiología Simple para Radioterapeutas

Primer curso de Radiología Oftalmológica

Primeras Jornadas de Radiología Aplicada

2012

Tercer Curso de Radiología Clínica

Puesta al día: Metástasis Cerebrales

Técnica mamográfica y patología mamaria

Segundas Jornadas de Radiología Aplicada

2013

Cuarto Curso de Radiología Clínica

Un paseo por la Radiología; casos prácticos

Primer curso de Física Básica

Puesta al día: nódulos suprarrenales

2014

Legislación útil en Radiodiagnóstico

Principios de Radiología Pediátrica

Quinto curso de Radiología Clínica

Curso básico de radiografías simples.

Casos cerrados de Radiodiagnóstico.

2015

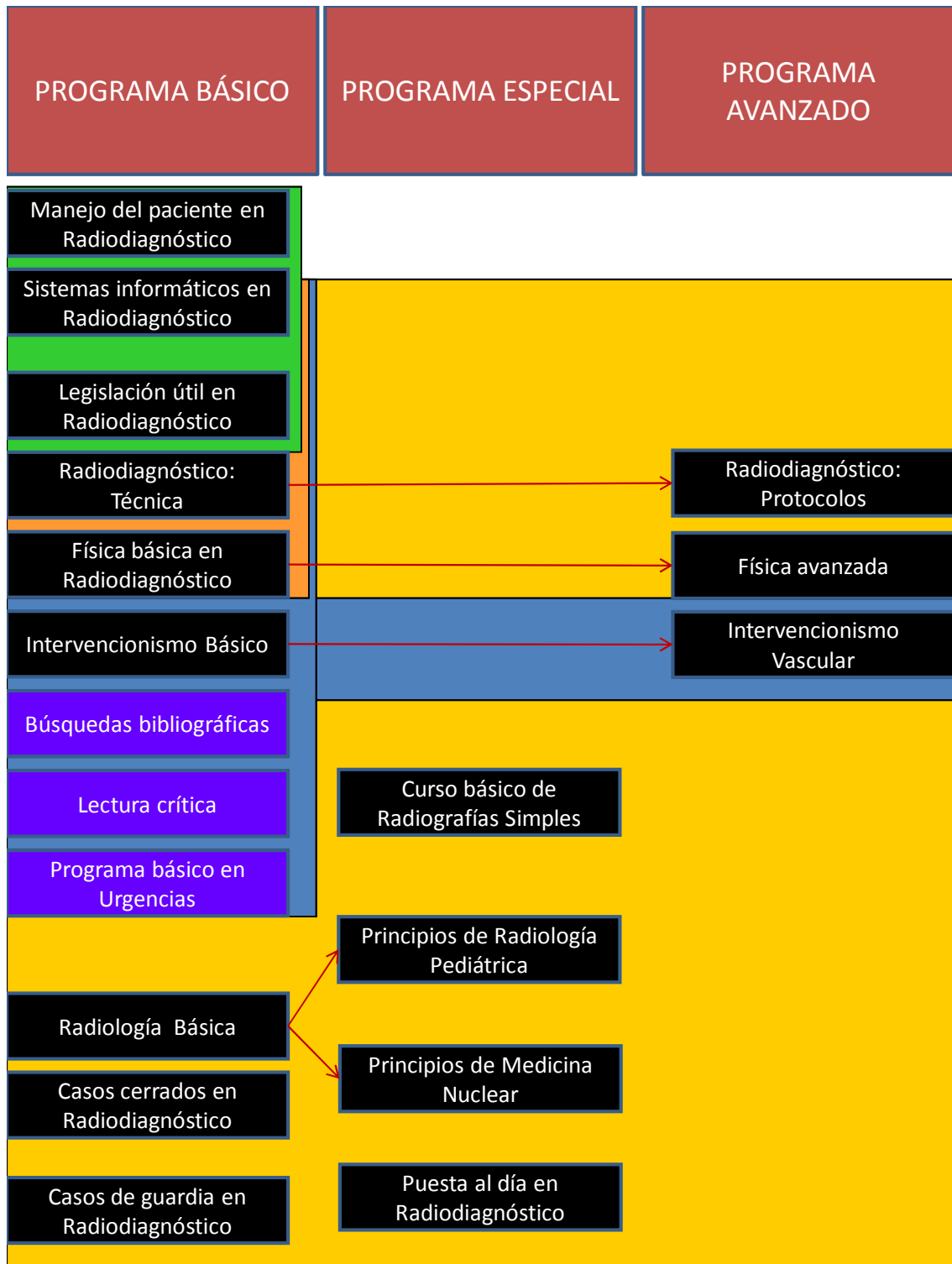
Segundo Curso de Física Básica

Radiodiagnóstico: protocolos de TC

**ANEXO 9. INTINERARIO FORMATIVO DEL SERVICIO DE
RADIODIAGNÓSTICO.**

ITINERARIO FORMATIVO
Alejandro Puerta Sales

1. ESQUEMA DEL ITINERARIO FORMATIVO



CURSO APORTADO POR OTRO ITINERARIO FORMATIVO

CURSOS PARA MEDICOS

CURSOS PARA ENFERMEROS

CURSOS PARA TÉCNICOS

CURSOS PARA AUXILIARES

2. ITINERARIO FORMATIVO EN RADIODIAGNÓSTICO

En el Área de Salud Murcia-Este, donde el Hospital General Universitario Reina Sofía es el hospital de referencia se está realizando un importante esfuerzo en la actividad formativa.

En este particular, y dados el antecedente exitoso del Itinerario Formativo en Urgencias, se ha planteado desde la Secretaria de Formación del hospital la creación de un Itinerario Formativo específico de Radiodiagnóstico.

Dicho itinerario se compondría de distintas fases progresivas, donde las fases previas pueden ser independientes, o servir de base y necesidad para las siguientes fases formativas.

Este documento es un diseño de este Itinerario Formativo, enfocado para los profesionales sanitarios (Médicos Radiólogos, Enfermeros, Técnicos de Radiodiagnóstico y Auxiliares de Enfermería) que desempeñan su labor asistencial en el ámbito de Radiología en el área de influencia del Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia. Este documento está basado en los fundamentos y justificaciones descritos anteriormente.

El Itinerario Formativo de Radiodiagnóstico se compone de tres programas: básico, especial y avanzado.

3. PROGRAMA BÁSICO EN RADIODIAGNÓSTICO

El Programa Básico de Radiodiagnóstico consta de 9 cursos propios y de varios cursos adquiridos de los Itinerarios Formativos de Urgencias (todo el Programa Básico de Urgencias) y de Docencia (Lectura Crítica y Búsquedas Bibliográficas).

El objetivo es adquirir o cimentar los conocimientos necesarios para poder tener una aproximación inicial a los distintos problemas que se plantean en el Servicio. Esta orientado a todos los profesionales sanitarios independientemente de su nivel de conocimientos.

5.1. Cursos y contenidos:

- **Manejo del paciente en Radiodiagnóstico.**

Curso para Auxiliares de Enfermería
Requisitos previos: Ninguno.
Formato: Presencial.

- **Sistemas informáticos en Radiodiagnóstico.**

Curso para Médicos Radiólogos, Enfermeros, Técnicos Superiores en Radiología y Auxiliares de Enfermería.
Requisitos previos: Ninguno.
Formato: Primer curso presencial, On-line en las convocatorias sucesivas.

- **Legislación útil en Radiodiagnóstico.**

Se adjunta el Formulario de Acción Formativa.

Curso para Médicos Radiólogos, Enfermeros, Técnicos Superiores en Radiología y Auxiliares de Enfermería.

Requisitos previos: Ninguno.

Formato: Primer curso presencial, On-line en las convocatorias sucesivas.

- **Radiodiagnóstico: Técnica.**

Curso para Médicos Radiólogos, Enfermeros y Técnicos Superiores en Radiología.

Requisitos previos: Ninguno.

Formato: Presencial.

- **Física Básica en Radiodiagnóstico.**

Curso para Médicos Radiólogos, Enfermeros y Técnicos Superiores en Radiología.

Requisitos previos: Ninguno.

Formato: Presencial.

- **Intervencionismo Básico.**

Curso para Médicos Radiólogos y Enfermeros.

Requisitos previos: Ninguno.

Formato: Presencial.

- **Búsquedas Bibliográficas.**

Curso del Itinerario Formativo de Docencia, se remite a su Formulario de Acción Formativa.

- **Lectura crítica.**

Curso del Itinerario Formativo de Docencia, se remite a su Formulario de Acción Formativa.

- **Programa Básico en Urgencias.**

Curso del Itinerario Formativo de Docencia, se remite a su Formulario de Acción Formativa.

- **Radiología Básica.**

Se adjunta el Formulario de Acción Formativa.

Curso para Médicos Radiólogos.

Requisitos previos: Ninguno.

Formato: Presencial.

- **Casos cerrados en Radiodiagnóstico.**
Se adjunta el Formulario de Acción Formativa.

Curso para Médicos Radiólogos.
Requisitos previos: Ninguno.
Formato: Mixto, parte Presencial, parte On-Line.

- **Casos de guardia en Radiodiagnóstico.**
Se adjunta el Formulario de Acción Formativa.

Curso para Médicos Radiólogos.
Requisitos previos: Ninguno.
Formato: Presencial.

4. PROGRAMA ESPECIAL EN RADIODIAGNÓSTICO

El Programa Especial de Radiodiagnóstico consta de 4 cursos propios.
El objetivo básico es adquirir unos conocimientos cada vez más específicos dentro de la Radiología. También tienen cabida los cursos que no se encuentran en ninguna de las otras dos especificaciones.
Está orientado para los profesionales con ciertos conocimientos básicos y para aquellos que ya han superado alguno de los cursos del Programa Básico.

6.1. Cursos y contenidos:

- **Curso Básico de Radiografías Simples.**
Se adjunta el Formulario de Acción Formativa.

Curso para Médicos Radiólogos.
Requisitos previos: Ninguno.
Formato: Primer curso presencial, On-line en las convocatorias sucesivas.

- **Principios de Radiología Pediátrica.**
Se adjunta el Formulario de Acción Formativa.

Curso para Médicos Radiólogos.
Requisitos previos: Haber realizado previamente el Curso de Radiología Básica.
Formato: Primer curso presencial, On-line en las convocatorias sucesivas.

- **Principios de Medicina Nuclear.**

Curso para Médicos Radiólogos.
Requisitos previos: Haber realizado previamente el Curso de Radiología Básica.
Formato: Primer curso presencial, On-line en las convocatorias sucesivas.

- **Puesta al día en Radiodiagnóstico**

Curso para Médicos Radiólogos.

Requisitos previos: Ninguno.
Formato: Presencial.

5. PROGRAMA AVANZADO EN RADIODIAGNÓSTICO

El Programa Avanzado consta de 3 cursos propios.

El objetivo es adquirir unos conocimientos especializados en los distintos aspectos de la Radiología que se revisan.

Está orientado para profesionales especializados y para aquellos que ya han superado alguno de los cursos del Programa Básico.

7.1. Cursos y contenidos:

- **Radiodiagnóstico: Protocolos.**

Curso para Médicos Radiólogos.

Requisitos previos: Haber realizado previamente el Curso de Radiodiagnóstico: Técnica.
Formato: Presencial.

- **Física Avanzada.**

Curso para Médicos Radiólogos.

Requisitos previos: Haber realizado previamente el Curso de Física Básica.
Formato: Presencial.

- **Intervencionismo Vascular.**

Curso para Médicos Radiólogos y Enfermeros.

Requisitos previos: Haber realizado previamente el Curso de Intervencionismo Básico.
Formato: Presencial.

6. CRONOLOGÍA DEL ITINERARIO FORMATIVO

El periodo máximo para la realización del Itinerario Formativo es de 4 años para el personal médico (para que el personal Médico Interno Residente tenga la oportunidad de finalizarlo en su periodo formativo), y 6 años para el resto del personal.

Los cursos del Programa Básico se ofertarán cada dos años como máximo.

Los cursos del Programa Especial se ofertarán cada dos años como máximo.

Los cursos del Programa Avanzado se ofertarán cada cuatro años como máximo.

7. INSCRIPCIONES

Para inscribirse en los cursos se deberá de hacer a través del responsable de Docencia del Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital General Universitario Reina Sofía, a la espera de estar plenamente incorporados a la plataforma que provee el FFIS.

Para cualquier duda o consulta, contactar con la Unidad de Formación Continuada del Área VII, al 968359800.

ANEXO 10. ENCUESTA DE NECESIDADES FORMATIVAS

CUESTIONARIO NECESIDADES DE FORMACIÓN

CATEGORÍA PROFESIONAL:

A) VALORACIÓN DE LA FORMACIÓN.

1. ¿Ha realizado algún curso de formación en los dos últimos años?

- | SI
- | NO

2. ¿Por qué razones realiza o realizaría un curso de formación?

- | No realizo cursos.
- | Para desarrollarme y perfeccionar mis conocimientos.
- | Porque quiero cambiar de puesto de trabajo.
- | Para promocionarme dentro de la empresa.
- | Por satisfacción e interés personal.
- | Otras.

3. En general, ¿cuál cree que debería ser la modalidad a utilizar en los cursos?

- | Presencial
- | Semipresencial
- | On Line

4. ¿Qué duración le gustaría que tuvieran los cursos?

- | 1 hora
- | 5 horas
- | 10 horas
- | 20 horas
- | 30 horas
- | 40 horas
- | más de 40 horas

5. ¿Cuál sería su horario preferido?

Mañana:

- | 8'30/9'30h.
- | 9'30/10'30h.
- | 10/15h.
- | 12/15h.

Tarde:

- | 16/19h.
- | 19/21h.

| Otro horario_____

6. Indique las dos razones principales que le impiden o dificultan la realización de cursos de formación

- | Razones de índole personal.
- | Dificultades para realizar el curso en horario laboral.
- | Falta de información o conocimiento del curso.
- | Otras.

B) DETECCIÓN DE NECESIDADES.

¿En cuál o cuales de las siguientes áreas, le interesaría formarse para su desarrollo profesional?

- | Gestión por competencias
- | Asistencia Sanitaria
- | Atención al ciudadano
- | Investigación
- | Calidad
- | Planes de cuidados enfermeros
- | Prevención de riesgos laborales
- | Procesos asistenciales
- | Mantenimiento instalaciones
- | Ética Asistencial
- | Habilidades sociales
- | R.C.P.
- | Informática
- | Legislación

INDICAR MATERIA FORMATIVA DE INTERÉS EN SU SECCIÓN:

SI CREE CONVENIENTE REPETIR ALGÚN CURSO QUE YA SE HA IMPARTIDO, POR FAVOR, INDIQUE CUÁL: