



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

**Trabajo Fin de Máster**

**MEMORIA PARA LA GESTIÓN DE  
LA JEFATURA DEL SERVICIO DE  
OTORRINOLARINGOLOGÍA DEL  
HOSPITAL MORALES MESEGUER**

**Presentado por:** M<sup>a</sup> del Rosario Gómez González

**Ciudad:** Murcia

**Fecha:** Mayo 2017

**Vº Bº:** Juana Requena Puche

<b>ÍNDICE</b>	<b>Pág.</b>
<b>1. Propósito del documento</b>	<b>5</b>
<b>2. Marco general y características del sistema sanitario donde se localiza la unidad de gestión clínica</b>	<b>5</b>
<b>3. Análisis estratégico</b>	<b>8</b>
<b>3.1 Análisis externo</b>	<b>8</b>
3.1.1 Datos demográficos: población asistida, municipios que abarca	8
3.1.2 Recursos sanitarios en el área donde se localiza la unidad de gestión clínica	9
3.1.3 Recursos sociales y comunitarios donde se localiza la unidad de gestión clínica	12
3.1.4 Recursos estructurales	13
3.1.5 Actividad asistencial en los últimos 5 años	13
3.1.6 Plan estratégico del centro	15
<b>3.2 Análisis interno de la unidad de gestión clínica</b>	<b>16</b>
3.2.1 Estructura funcional y recursos humanos	16
3.2.2 Cartera de servicios	17
3.2.3 Análisis de los datos de funcionamiento generales de la unidad en los últimos 5 años	21
3.2.4 Previsión de la demanda	23
3.2.5 Matriz DAFO/CAME	23
<b>4. Plan de actuación de la unidad de gestión clínica</b>	<b>27</b>
4.1 Misión, visión y valores	27
4.2 Líneas estratégicas, factores clave de éxito	27
4.3 Objetivos asistenciales, financieros y de sostenibilidad	28
4.4 Procesos estratégicos, operativos, de soporte	30
4.5 Mapa de procesos de la unidad	32
4.6 Calidad y seguridad del paciente	33
4.7 Atención centrada en el paciente	33
4.8 Guías clínicas y rutas asistenciales para una atención integrada	34

4.9 Docencia y formación continuada	34
4.10 Actividad investigadora	35
4.11 Monitorización del plan de gestión: cuadro de mando	36
<b>5. Currículum del candidato/a</b>	46
<b>6. Bibliografía</b>	48

## **1. Propósito del documento**

El propósito de mi Trabajo Fin de Máster consiste en la presentación de la memoria de gestión para la jefatura de servicio de Otorrinolaringología (ORL) del Hospital Morales Meseguer de Murcia, que es un hospital público de segundo nivel.

## **2. Marco general y características del sistema sanitario donde se localiza la unidad de gestión clínica**

La Región de Murcia tiene una superficie de 11.314 km<sup>2</sup> con 274 kilómetros de costa y dos mares: el Mediterráneo y el Mar Menor.

Tiene una población de 1.469.596 personas, con una densidad de población media de 130 habitantes por Km<sup>2</sup>, lo que la sitúa en el puesto 11 de las CC.AA en cuanto a densidad de población.

La población masculina es mayoría, con 736.685 hombres, lo que supone el 50.12% del total, frente a las 732.911 mujeres que son el 49.87%. El 17,7% de la población tienen 14 años o menos, el 67,6% tiene entre 15 y 64 años y el 14,7% tiene 65 o más años.

La Tasa bruta de natalidad por 1.000 habitantes es del 11% mientras que en España es de 9,1%. La causa de muerte más frecuente son las enfermedades del sistema circulatorio. El Gasto sanitario público en la región de Murcia en el año 2015 fue 7,9% el PIB (en España el 5,8%).

La distribución geográfica de la población murciana es heterogénea entre los municipios de la Región, siendo la ciudad de Murcia en la que más población vive, con un total de 436.870 habitantes (30,2% de la población de la Región de Murcia), 211.996 habitantes (14,7% de la población) viven en la ciudad de Cartagena y 91.906 (6,4 % de la población) viven en la ciudad de Lorca.

Actualmente la Región de Murcia dispone de 27 hospitales y 6 centros de especialidades. En cuanto a hospitales se refiere, 11 son hospitales públicos y 16 privados. Disponen de 4.517 camas, de las que 3.020 son públicas (representan el 66,9 %) y 1.497 corresponden a hospitales privados (el 33,1 %). Este volumen de camas supone una tasa de 3,2 camas por 1.000 habitantes.

De conformidad con la Ley 4/ 1994, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia, la Consejería de Sanidad es el Departamento de la Administración Regional que asume el desarrollo y ejecución de las competencias y funciones relacionadas con la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud y la asistencia sanitaria a la población.

Desde este marco legal, el sistema sanitario público regional se estructura a partir de un esquema diferenciado de funciones entre lo que constituye la actividad de autoridad sanitaria y de financiación del sistema, que es competencia de la Consejería de Sanidad, y las acciones relacionadas con la provisión de servicios, que es atribuida al Servicio Murciano de Salud (SMS), como Ente responsable de la prestación de la asistencia sanitaria a los ciudadanos y de la gestión de los servicios sanitarios públicos que integra. El Servicio Murciano de Salud, se estructura en los siguientes órganos centrales (Decreto número 155/ 2007):

- De Dirección: Consejo de Administración.
- De Participación: Consejo de Salud de la Región de Murcia.
- De Gestión: Director Gerente.

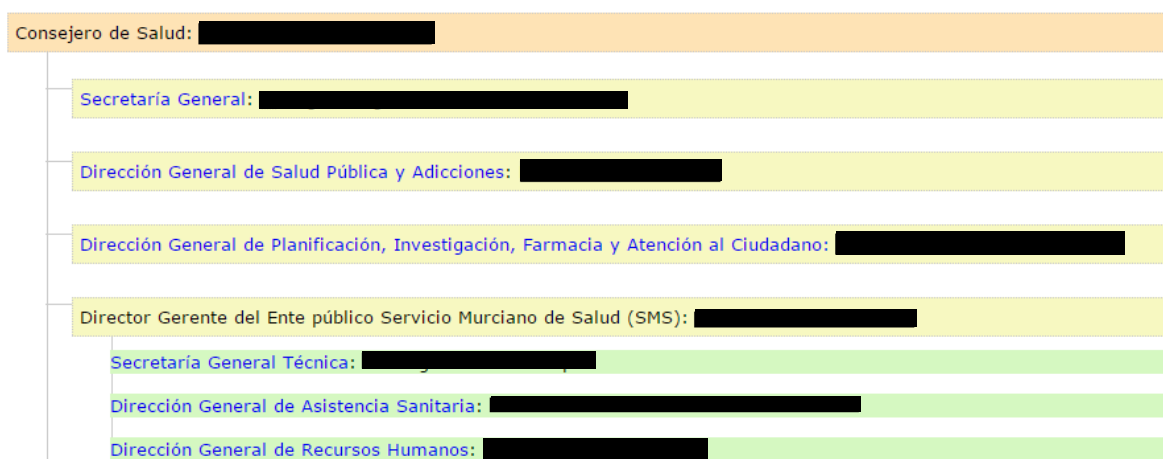


Figura 1: Organigrama Consejería Sanidad Murcia, fuente Murciasalud.

A nivel periférico la estructura de gestión del Servicio Murciano de Salud, dispone de 2 Gerencias de Atención Primaria (Murcia y Cartagena), 3 Gerencias de Área de Salud (Lorca, Noroeste y Altiplano), donde la gestión de la asistencia primaria y especializada están integradas, 7 Gerencias de Atención Especializada (una por cada hospital, incluyendo un Hospital Psiquiátrico), una Gerencia del 061 y el Centro Regional de Hemodonación y Hemoterapia.

Los principales criterios de ordenación territorial están recogidos en la Ley General de Sanidad y en la Ley 4/94 de Salud de la Región de Murcia. Se basan en la definición de dos tipos de demarcaciones territoriales: las áreas de salud y las zonas básicas de salud.

La Región de Murcia está compuesta por nueve áreas de salud, donde cada una de ellas está vinculada a un hospital de referencia. A su vez, éstas se estructuran en 89 zonas básicas de salud, que constituyen el marco territorial de la atención primaria de salud, dentro del cual desarrolla su actividad el equipo de atención primaria.

DENOMINACIÓN	POBLACIÓN TIS	Nº ZONAS DE SALUD
ÁREA DE SALUD I - MURCIA OESTE	242.175	14
ÁREA DE SALUD II - CARTAGENA	273.135	17
ÁREA DE SALUD III - LORCA	180.849	11
ÁREA DE SALUD IV - NOROESTE	72.692	6
ÁREA DE SALUD V - ALTIPLANO	62.704	3
ÁREA DE SALUD VI - VEGA MEDIA DEL SEGURA	247.910	17
ÁREA DE SALUD VII - MURCIA ESTE	209.652	12
ÁREA DE SALUD VIII - MAR MENOR	104.172	5
ÁREA DE SALUD IX - VEGA ALTA DEL SEGURA	55.177	4
<b>TOTAL</b>	<b>1.448.848</b>	<b>89</b>

Tabla 1: Áreas y zonas de salud de la región de Murcia 2009, según mapa sanitario 2009.

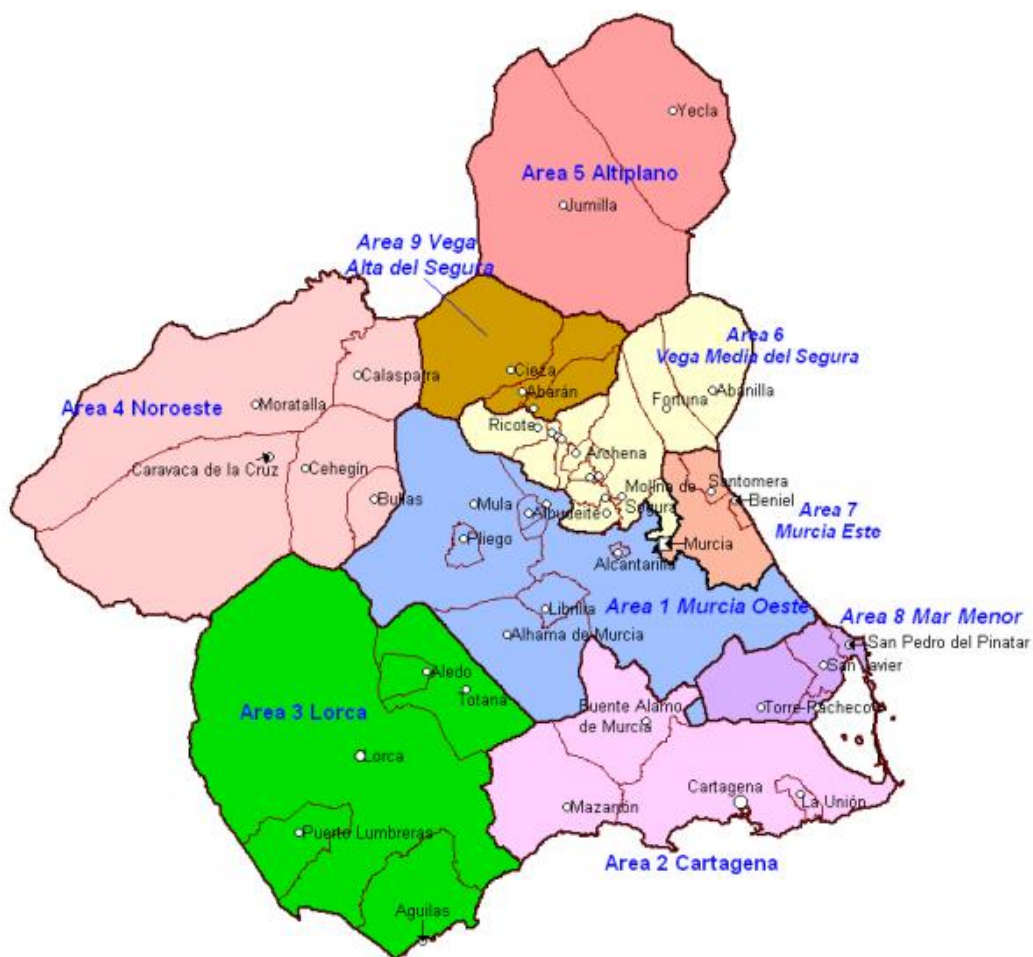


Figura 2: Mapa de la Región de Murcia con sus área de salud delimitadas.

El Servicio Murciano de Salud (SMS) atiende a una población de 1.464.440 habitantes según cifras del Padrón Municipal a uno de enero de 2015, con una población inmigrante de casi 220.000.

### 3. Análisis estratégico

#### 3.1 Análisis externo

##### 3.1.1 Datos demográficos: población asistida y municipios que abarca

El Hospital Universitario Morales Meseguer se encuentra situado en Murcia capital, en la zona norte de la ciudad, dentro del casco urbano. Es un Hospital público que pertenece al área VI de Salud de Murcia (Vega Media del Segura) dentro de las 9 áreas en las que se divide la Región de Murcia. Es un Hospital General de Área, siendo su Hospital de referencia el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, en El Palmar (Murcia). Cubre una población de 249.757 habitantes que abarca 17 zonas básicas de salud distribuidas en los siguientes municipios: Abanilla, Alguazas, Archena, Ceutí, Fortuna, Las Torres de Cotillas, Lorquí, Molina, Murcia/Cabezo de Torres, Murcia/Centro, Murcia/El Ranero, Murcia/Sta María de Gracia, Murcia/Santiago y Zairaiche, Murcia/Vista Alegre, Murcia/Zarando.

Las características de la población residente en nuestra área son similares a las del resto de la población de la Región, como podemos observar en la siguiente figura.

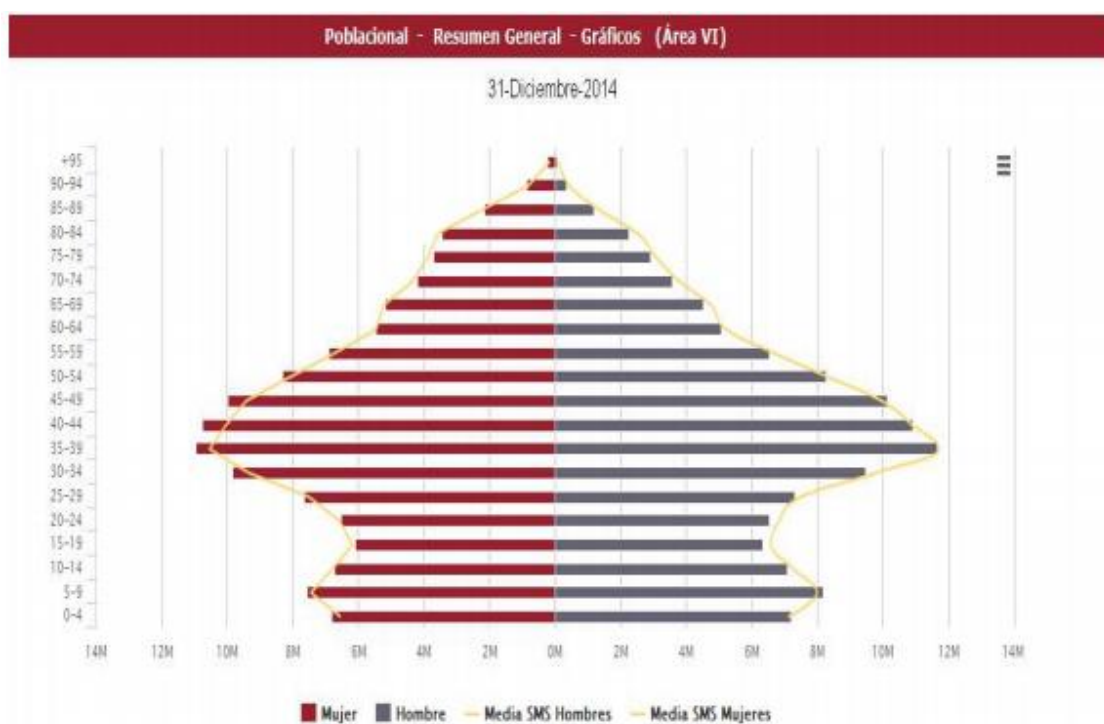


Figura 3: Pirámide de población por edades Área VI comparada con el SMS. Año 2014.

Fuente: Portal de Inteligencia de Negocios del Servicio Murciano de Salud.



Cabe destacar, un mayor número de mujeres entre la tercera y quinta décadas en nuestra área respecto a la población del SMS. En general, se aprecia que a partir de los 65 años hay un mayor número de mujeres que de hombres.

### **3.1.2 Recursos sanitarios en el área donde se localiza la unidad de gestión clínica**

Mi unidad de gestión clínica, Servicio Otorrinolaringología del Hospital Morales Meseguer, como ya he comentado, está situada en el área VI de Salud que corresponde a la Vega Media del Segura. Está dividida en 17 áreas de salud y en ella encontramos 39 centros de salud, centros de especialidades y consultorios, que son los siguientes: Centro de especialidades El Carmen, Centro de Salud Abanilla, Centro de Salud Alguazas, Centro de Salud Archena, Centro de Salud Cabezo de Torres, Centro de Salud Ceutí, Centro de Salud El Ranero, Centro de Salud Fortuna, Centro de Salud Las Torres de Cotillas, Centro de Salud Lorquí, Centro de Salud Molina-Dr. Antonio García, Centro de Salud Molina-Jesús Marín, Centro de Salud Murcia Centro-San Juan, Centro de Salud Santa María de Gracia, Centro de Salud Vista Alegre, Centro de Salud Zarandona, Consultorio Barinas, Consultorio Barrio del Carmen, Consultorio Campotéjar, Consultorio Cañada de La Leña, Consultorio Churra, Consultorio El Cantón, Consultorio El Fenazar, Consultorio El Llano de Molina, Consultorio El Paraje, Consultorio El Rellano, Consultorio La Alcayna, Consultorio La Algaida, Consultorio La Garapacha, Consultorio La HURONA, Consultorio Los Pulpites, Consultorio Los Torraos, Consultorio Macisvenda, Consultorio Ojós, Consultorio Ribera de Molina, Consultorio Ricote, Consultorio Torrealta, Consultorio Ulea y Consultorio Villanueva.

Dentro la cartera de servicios del Hospital Morales Meseguer se encuentran casi la totalidad de las especialidades médicas y quirúrgicas (alergología, anatomía patológica, anestesiología y reanimación, cardiología, cirugía general y aparato digestivo, dermatología, digestivo, endocrinología y nutrición, farmacología, hematología, inmunología, microbiología, medicina interna, medicina preventiva, neumología, neurofisiología clínica, neurología, oftalmología, otorrinolaringología, psiquiatría, radiodiagnóstico, rehabilitación y fisioterapia, traumatología y cirugía ortopédica, UCI, unidad de infecciosos, urgencias y urología), con la excepción de Nefrología, Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Cirugía Torácica, Cirugía Maxilofacial, Neurocirugía y Cirugía Plástica. Los pacientes que precisan atención de dichas especialidades son derivados al Hospital Virgen de la Arrixaca, que es nuestro hospital de referencia y es un hospital de tercer nivel que pertenece al Área I (Murcia-Oeste).

Servicios	Hosp.	Urgencias	Con.Ext. .Hospita l	Ser.Cen .Hospita l	Cirugía	Ser.Cen .C. Esp.	Con.Ext .C. Esp.	P. esp.
Alergología	Sí		Sí					
Anatomía Patológica				Sí				
Anestesiología y reanimación		Sí	Sí		Sí			
Cardiología	Sí	Sí	Sí				Sí	Sí
Cirugía General y Aparato Digestivo	Sí	Sí	Sí		Sí		Sí	
-Cirugía laparoscópica					Sí			
Dermatología	Sí	Sí	Sí		Sí		Sí	Sí
Digestivo	Sí	Sí	Sí				Sí	Sí
Endocrinología y nutrición	Sí	Sí	Sí				Sí	
Farmacia				Sí				
Hematología y Hemoterapia	Sí	Sí	Sí					
-Trasplante de médula ósea	Sí							
Laboratorio				Sí				
-Bioquímica				Sí				
-Farmacología				Sí				
-Hematología				Sí				
-Inmunología				Sí				
-Microbiología				Sí				
Medicina Interna	Sí	Sí	Sí					
Medicina preventiva			Sí					
Neumología	Sí	Sí	Sí					Sí
Neurofisiología clínica				Sí				
Neurología	Sí	Sí						
Oftalmología	Sí	Sí	Sí		Sí		Sí	Sí
Otorrinolaringol ogía	Sí	Sí	Sí		Sí		Sí	Sí

Psiquiatría	Sí	Sí	Sí					Sí
Radiodiagnóstico		Sí		Sí		Sí		
-Ecografía		Sí		Sí		Sí		
-Mamografía		Sí						
-Radiología general		Sí		Sí		Sí		
-Radiología Intervencionista				Sí				
-Resonancia Magnética				Sí				
-TAC (Tomografía Axial Computarizada)		Sí		Sí				
Rehabilitación y Fisioterapia			Sí				Sí	Sí
Traumatología y cirugía ortopédica	Sí	Sí	Sí		Sí		Sí	
Unidad de Cuidados Intensivos General	Sí			Sí				
Unidad de Infecciosos	Sí	Sí	Sí					
Urgencias		Sí						
Urología	Sí	Sí			Sí		Sí	Sí

Tabla 2: Cartera de servicios Hospital Morales Meseguer. Fuente: MurciaSalud.

Además, nuestro hospital tiene concierto con otros centros sanitarios a los que se deriva cierta actividad, debido a la alta carga asistencial:

- Pruebas de imagen: Hospital Quirón San Carlos, Hospital Mesa del Castillo, Hospital de Molina, Sanicur, Resonancias Murcia, Resonancias Juan Carlos I, Resonancias del Sureste, Escáner Murcia.
- Actividad quirúrgica: Hospital Quirón San Carlos, Hospital Mesa del Castillo, Hospital de Molina.

En cuanto a recursos humanos, hay 9 puestos directivos: 1 director gerente, 1 director médico, 1 director de gestión y servicios generales, 1 director de enfermería, 1

subdirector médico, 2 subdirectores de gestión y servicios generales, 2 subdirectores de enfermería; 284 personal facultativo: 13 jefes de servicio, 26 jefes de sección, 230 adjuntos-FEA (facultativos especialistas de área), 15 cupo; 1086 personal sanitario no facultativo: 5 supervisores de área funcional, 23 supervisores de unidad, 508 ATS/DUE, 17 fisioterapeutas, 66 técnicos especialistas de laboratorios, 32 técnicos especialistas de radiodiagnóstico, 10 técnicos especialistas de anatomía patológica, 405 auxiliares de enfermería.

### **3.1.3 Recursos sociales y comunitarios**

El hospital Morales Meseguer cuenta con una Unidad de Trabajo Social formada por 3 trabajadores sociales que se encargan de atender al paciente y su familia en la problemática social que conlleva la enfermedad, como parte integral del tratamiento. Estos están en estrecha relación con los trabajadores sociales de zona contratados por el Ayuntamiento de Murcia y los trabajadores sociales de los Centros de Salud pertenecientes al Área VI. El objeto de la intervención de la Unidad de trabajo social es: apoyo psicosocial, atención domiciliaria, ayudas socioeconómicas, trámite del Grado de Minusvalía, programas de salud, intervención en situación de Emergencia social, malos tratos, abuso sexual, atención a menores con alto riesgo social...

En esta área existen los siguientes recursos sociales:

- CAVI: Red de Centros de atención especializada para mujeres víctimas de violencia de género.
- Cáritas, Cruz Roja.
- Fundación FADE (Fundación ayuda, desarrollo, educación) de voluntariado
- CAD: Centro de atención a drogodependencias.
- Fundación RAIS, Jesús Abandonado y Murcia acoge: alojamiento para personas sin hogar y en situación de exclusión social.
- Concierto con 3 clínicas para casos de interrupción del embarazo.
- Diferentes asociaciones: Asociación de familias y enfermos mentales, Asociación nacional para problemas de crecimiento, Asociación de laringectomizados Región de Murcia “San Blas” etc.
- Existen también centros de atención al paciente anciano, atención al drogodependiente, centros de la tercera edad, así como centros de terapia ocupacional.

### 3.1.4 Recursos estructurales

El Hospital Morales Meseguer es un hospital de segundo nivel, cuenta con 412 camas, 10 quirófanos (2 de ellos de Urgencias), 2 TC, 1 RMN, 1 mamógrafo.

Está formado por 5 pabellones, distribuidos de la siguiente forma:

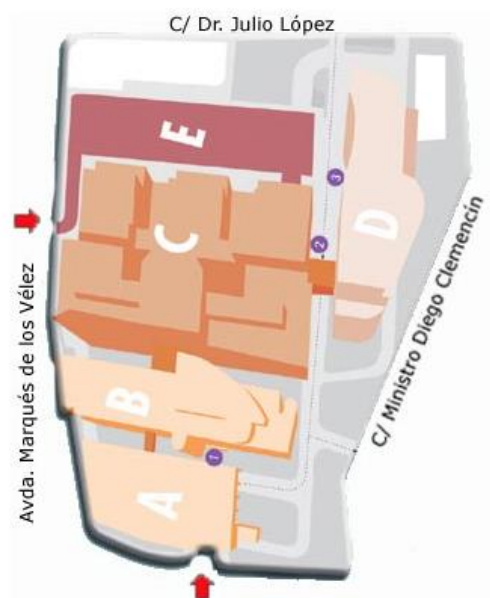


Figura 4: Distribución pabellones Hospital Morales Meseguer. Fuente: Murciasalud.

### 3.1.5 Actividad Asistencial

En la siguiente tabla podemos observar la actividad asistencial de nuestro centro hospitalario de los últimos 5 años dividida en tres secciones: área hospitalaria, consultas y actividad quirúrgica. En general la actividad ha ido aumentando desde 2012 hasta la actualidad.

En el área hospitalaria podemos observar que desde 2012 a 2016 han ido aumentando los ingresos y las altas de forma discreta cada año.

En cuanto al área de consultas cabe destacar un importante incremento en las consultas derivadas desde atención primaria. El tiempo medio de espera ha ido fluctuando, siendo máximo con 63 días en el año 2015. Esto es un factor importante a tener en cuenta que hace visible el incremento de la demanda asistencial.

Por último, observando la actividad quirúrgica de los últimos años podemos ver que no se han producido grandes cambios. La cirugía que más varia ha sido la Cirugía mayor ambulatoria (CMA) en la que vemos diferentes fluctuaciones alcanzando su pico en 2012.

Actividad asistencial	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Área Hospitalización</b>					
<b>Ingresos</b>	<b>14.523</b>	<b>14.754</b>	<b>14.739</b>	<b>14.849</b>	<b>15.262</b>
Programados	3.832	3.826	3.901	4.028	4.405
Urgentes	10.691	10.928	10.383	10.821	10.857
<b>Altas</b>	<b>14.517</b>	<b>14.714</b>	<b>14.731</b>	<b>14.894</b>	<b>15.215</b>
Estancia media	7,3	7,4	7,4	7,5	7,2
Índice de ocupación	80,5%	82%	81,7%	82,6%	81,3%
<b>Consultas</b>					
Primeras	136.384	136.435	136.083	140.471	132.718
Sucesivas	230.854	234.618	231.336	231.434	244.085
Derivadas de AP	99.475	102.985	103.417	103.345	106.293
Tº medio de espera	34,4	33,9	50,9	63,0	44,2
<b>Actividad quirúrgica</b>					
CCI	3.151	3.205	3.255	3.196	3.426
CMA	4.903	4.134	3.618	3.294	4.556
Cirugía menor	4.183	4.919	3.618	5.857	4.503
Cirugía urgente	1.381	1.418	1.344	1.330	1.141

Tabla 3: Actividad asistencial Hospital Morales Meseguer 2012-2016.

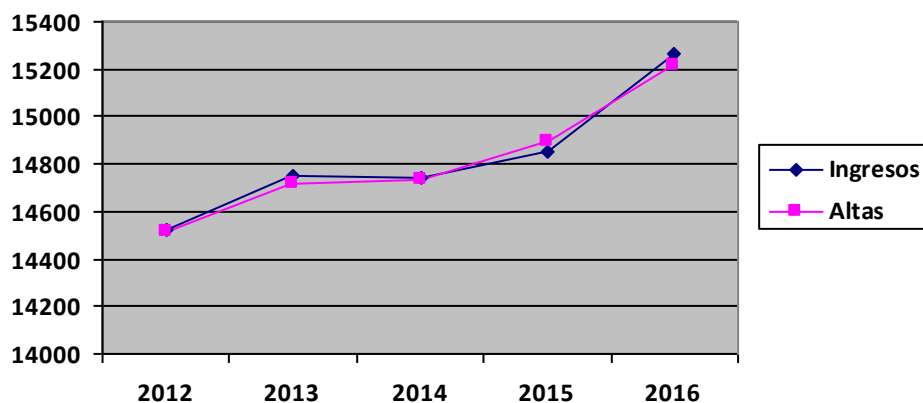


Figura 5: Gráfica Ingresos y Altas 2012-2016

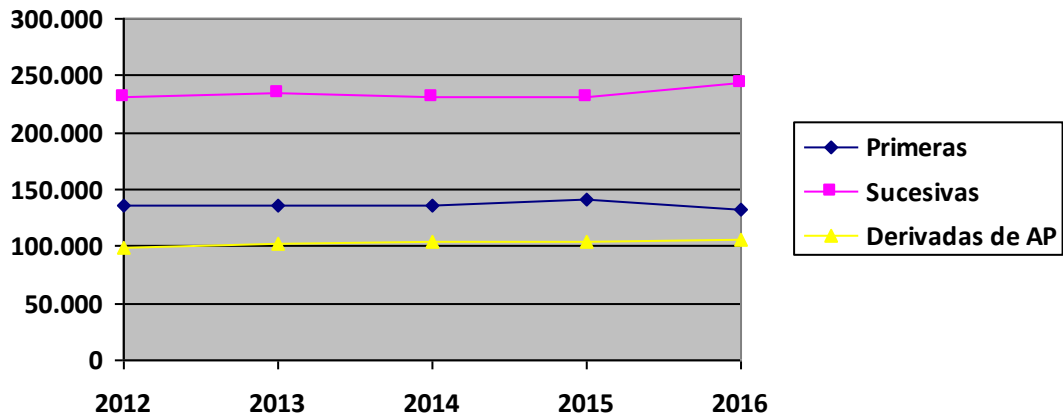


Figura 6: Gráfica Consultas 2012-2016

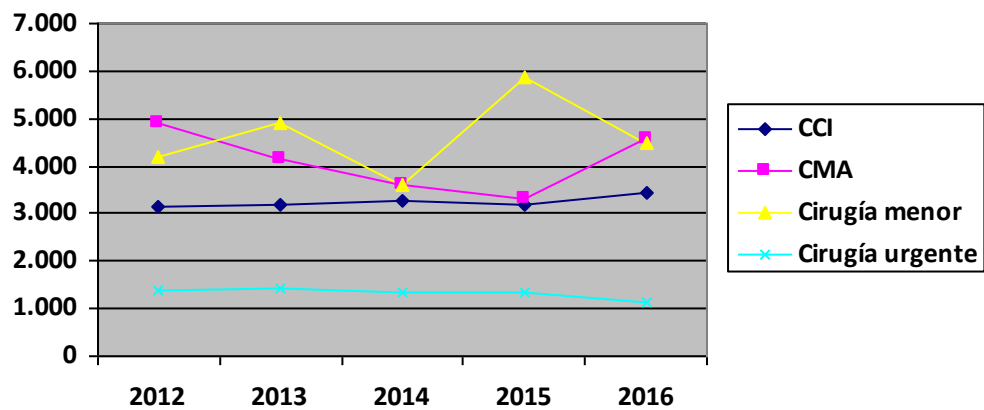


Figura 7: Gráfica actividad quirúrgica 2012-2016

### 3.1.6 Plan estratégico del Hospital Morales Meseguer año 2015

El Hospital Morales Meseguer se encuentra adherido al plan estratégico del área VI de Salud. Este tiene como misión una atención orientada al paciente que comprende la asistencia sanitaria integral, de tipo preventivo, curativo, rehabilitador y de promoción de la salud, de calidad humana, basada en conocimientos científico-técnico actualizados y en las mejores evidencias disponibles, ejercida de forma efectiva y eficiente y que gestiona de forma racional y sostenible los recursos, teniendo en cuenta el medio ambiente.

### **3.2 Análisis interno**

#### **3.2.1 Estructura funcional y recursos humanos**

El servicio de Otorrinolaringología del Hospital Morales Meseguer está constituido por:

- 9 adjuntos facultativos especialistas de área (FEA): entre los cuales se encuentra el jefe de servicio. No disponemos de jefe de sección.
- 2 médicos internos residentes (MIR).
- 3 enfermeros/as en consultas.
- 3 enfermeras/os en quirófano.
- 3 auxiliares de enfermería.
- 1 auxiliar administrativa.

En cuanto a la infraestructura disponemos de:

- 4 consultas polivalentes.
- 2 salas de exploraciones complementarias: donde se realizan fibrolaringoscopias y exploración otomicroscópica.
- 1 sala de curas.
- 4 salas de pruebas especiales: 1 para audiometrías, 1 para realizar videoestroboscopia, 1 rinomanometrías, 1 para videonistagmografías.
- 1 sala de reuniones.
- 1 despacho.
- 1 quirófano diario.
- 1 box específico ORL en el área de urgencias.
- Planta de hospitalización ubicada en la 4ª planta del hospital con 8 camas disponibles para pacientes de ORL.
- Hospital de día quirúrgico para los pacientes programados en Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) con 5 camas disponibles para pacientes de ORL.
- 2 Consultas en un centro de especialidades.

La organización del servicio se distribuye de la siguiente forma: habitualmente cuatro adjuntos pasan consulta hospitalaria, dos pasan consulta ambulatoria en un centro de especialidades cercano al hospital (Centro de especialidades del Carmen), dos están en quirófano y uno realiza pruebas especiales. Además uno de los adjuntos que está en quirófano se encarga de la planta hospitalaria y uno de los que están en consultas externas se encarga de ver las urgencias. Los residentes están uno en quirófano y otro en



consultas o urgencias. Además todos los días hay un adjunto de guardia localizada y los residentes realizan 5 guardias presenciales al mes, siempre con adjunto localizado.

### **3.2.2 Cartera de Servicios**

A continuación expongo dividida en secciones nuestra cartera de servicios:

#### **OTOLOGÍA**

- Drenaje de otohematoma
- Estenosis no ósea del conducto auditivo externo (CAE) sin láser
- Estenosis no ósea del CAE con láser
- Extracción de cuerpos extraños animados e inanimados
- Resección tumores benignos pabellón auricular
- Resección tumores malignos pabellón auricular
- Tratamiento de las orejas en “soplillo”
- Resección de osteomas del CAE
- Permeabilización del CAE por estenosis ósea
- Amputación total del pabellón auricular
- Timpanotomía exploradora
- Estapedectomía
- Reconstrucción de cadena osicular a tímpano cerrado
- Miringoplastia con fascia temporal
- Miringoplastia con pericondrio tragal
- Miringoplastia exploración antroaticomastoideo
- Timpanoplastia por timpanoesclerosis
- Timpanoplastia con reconstrucción de cadena con PORP de cerámica
- Timpanoplastia con reconstrucción de cadena con TORP de cerámica
- Timpanoplastia con reconstrucción de cadena con PORP de titánio
- Timpanoplastia con timpanotomía posterior
- Timpanoplastia con reconstrucción de cadena con TORP de titanio
- Timpanoplastia con técnica abierta
- Timpanoplastia con técnica abierta con oclusión de la cavidad (técnica de palva)
- Timpanoplastia radical
- Mastoidectomía
- Laberintectomía
- Inyección intratimpánica de dexametasona
- Inyección intratimpánica de gentamicina

- Descompresión del saco endolinfático
- Drenaje del saco endolinfático
- Descompresión del nervio facial
- Audiometría tonal liminar
- Audiometría vocal
- Timpanometría
- Reflejo estapedial
- Video-oculo-nistagmografía
- Biopsia de CAE
- Biopsia de pabellón auricular

### RINOLOGÍA

- Cadwell luc
- Ermiro de lima
- Sinusectomia frontal externa
- Septoplastia
- Cirugía endoscópica nasal
- Cirugía endoscópica meatotomía inferior
- Cirugía endoscópica nasosinusal meatotomía media
- Cirugía endoscópica nasosinusal etmoidectomía anterior
- Cirugía endoscópica nasosinusal etmoidectomía posterior
- Cirugía endoscópica nasosinusal esfenoidectomía
- Bulla etmoidal
- Tratamiento de fístulas LCR mediante cirugía endoscópica nasosinusal
- Dacriocistorrinostomía por vía endonasal
- Dacriocistorrinostomía con láser
- Rinolitos
- Cirugía endoscópica nasosinusal en tumores benignos
- Cirugía endoscópica nasosinusal en tumores malignos
- Vía paralateronasal en cancerología nasal
- Atresia de coana transnasal endoscópica
- Rinoseptoplastia abierta
- Rinoseptoplastia cerrada
- Cirugía endoscópica del receso frontal
- Desxcompresión orbitaria endoscópica

- Descompresión turbinal. Sulsenti
- Turbinectomía endoscópica
- Tratamiento endoscópico de epistaxis
- Punción seno maxilar
- Canalización del ostium maxilar
- Caustia de cornetes
- Endoscopia antro maxilar tras punción
- Estudio drenaje de seno maxilar
- Endoscopia nasal
- Endoscopia de cavum
- Tratamiento epistaxis
- Biopsia
- Rinomanometrías

#### FARINGE

- Adenoidectomía por legrado
- Amigdalectomia por disección
- Amigdalectomía por electroresección
- Adenoamigdalectomía
- Uvuloplastia
- Uvulofaringoplastia
- Uvulo-amigdalo-faringoplastia
- Electroresección amígdala lingual
- Resección tumores benignos con láser
- Resección tumores malignos pared posterior
- Drenaje absceso amigdalar
- Exéresis papiloma úvula
- Biopsia orofaríngea
- Caustia de amígdala lingual
- Cirugía del divertículo de Zenker

#### LARINGE

- Cirugía endoscópica
- Cirugía con láser
- Aritenoidectomía

- Corpectomía
- Corpectomía doble
- Laringectomía fronto-lateral
- Laringectomía fronto-anterior
- Hemilaringectomía
- Laringectomía horizontal supraglótica
- Epiglottectomía
- Laringectomía reconstructiva
- Laringectomía total
- Laringectomía total con fístula fonatoria
- Sub-gloso-laringectomía total
- Sub-gloso-laringectomía total con tiroidectomía parcial y/o total
- Sub-gloso-laringectomía total con tiroidectomía parcial y/o total con reconstrucción colgajo deltopectoral
- Cierre de fístula traqueoesofágica
- Laringofisura
- Celf B Caustia de aritenoides
- Biopsia
- Fibroendoscopia
- Estroboscopia
- Estudio de voz
- Rehabilitación deglución tras cirugía
- Rehabilitación deglución en traqueotomizados
- Fibroendolaringoesofagoscopia

#### CUELLO

- Exéresis del tracto tirogloso
- Exéresis de otros quistes y fístulas medias del cuello
- Exéresis de quistes y fístulas lateral del cuello
- Adenectomía
- Parotidectomía
- Submaxilectomía
- Vaciamiento radical unilateral
- Vaciamiento radical bilateral
- Vaciamiento funcional unilateral

- Vaciamiento funcional bilateral
- Vaciamiento submaxilar unilateral
- Vaciamiento submaxilar bilateral
- Ligadura vascular
- Drenaje de colección purulenta de cuello
- Punción de adenopatía cervical
- Punción de quiste tirogloso
- Punción de quiste branquiógeno
- Inyección de toxina botulínica en glándulas salivares
- Biopsia
- Reposición de prótesis fonatoria
- Curas
- Dilatación de estenosis de estoma traqueal

Por otro lado, no realizamos los siguientes procedimientos: rinometrías, video head impulse test (vHIT), pruebas de posturografía, test volumen-densidad para el diagnóstico de la disfagia, cirugía de tiroides ni paratiroides, cirugía de base de cráneo y no intervenimos a niños menores de 4 años y de 17 kg, ya que no es un hospital Infantil y no disponemos de Servicio de pediatría.

### **3.2.3 Análisis de los datos de funcionamiento generales de la unidad en los últimos 5 años.**

Para facilitar el análisis de los datos de funcionamiento de mi servicio, he realizado tres tablas, dividiendo los datos de funcionamiento en tres apartados: actividad en consultas, hospitalización y actividad quirúrgica.

Las consultas se han dividido en primeras, sucesivas, solicitadas por Atención Primaria (AP) y también me parece interesante analizar el tiempo ( $T^{\circ}$ ) medio de espera para ser visto por primera vez en consulta. Así, podemos observar como en los últimos 5 años las primeras consultas han ido decreciendo, mientras que las sucesivas que hacen referencia a consultas de revisión, han ido aumentando, así como el tiempo medio de espera que casi se ha duplicado desde 2012 que era 8,2 días a 2016 que son 15,4 días. Mientras que las consultas solicitadas por AP podemos decir que se mantienen constantes en los últimos años.

CONSULTAS					
	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Primeras</b>	12.507	12.665	12.721	13.226	9.886
<b>Sucesivas</b>	11.339	10.563	10.355	10.058	12.861
<b>Solicitudes por AP</b>	8.874	9.161	9.521	9.622	9.542
<b>Tº medio espera</b>	8,2	9,6	8,1	10,6	15,4

Tabla 4: Actividad Consultas ORL

En cuanto a la hospitalización no han existido grandes variaciones en el número de ingresos y altas en los últimos 5 años, con alrededor de 250 ingresos anuales, mientras que la estancia media ha disminuido; esto puede deberse al uso de procedimientos cada vez menos invasivos y más funcionales que hacen que el tiempo de recuperación tras la cirugía sea menor. El promedio de camas podemos decir que ha sido constante en los últimos años entre 4 y 5 camas y el Índice de ocupación ha descendido desde 2012 en el que era 78,5% a los últimos años que se ha situado alrededor de 50%

HOSPITALIZACIÓN					
	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Ingresos</b>	242	255	284	241	273
<b>Altas</b>	234	237	277	235	261
<b>Estancia media</b>	4,5	3,9	3,3	3,2	3,4
<b>Promedio camas</b>	3,8	4,5	5,0	5,0	5,0
<b>Índice de Ocupación</b>	78,5%	59,7%	54,3%	43,5%	53,9%

Tabla 5: Actividad Hospitalización ORL

Por último, analizaremos los datos referentes a la actividad quirúrgica. Observamos en los datos recogidos en la tabla como ha habido un aumento desde 2012 tanto en Cirugía con ingreso (CCI) como en Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), por lo que deducimos que hay una mayor demanda asistencial. El Índice de Sustitución es un indicador específico de CMA que indica los pacientes con indicación de intervención por CMA que son intervenidos en ella. En nuestro servicio podemos decir que es alto, ya que en los últimos 5 años ha estado por encima del 85%. El rendimiento quirúrgico lo mantenemos en torno a un 80%, aunque en los 2 últimos años ha bajado un 2%. Y por

último, el % de intervenciones quirúrgicas suspendidas no suele pasar de 6% excepto en CMA en 2014 que se situaba en 6,7% intervenciones suspendidas.

<b>ACTIVIDAD QUIRÚRGICA</b>					
	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
<b>CCI</b>	68	77	93	91	108
<b>CMA</b>	556	686	616	672	696
<b>Cirugía menor</b>	11	10	3	0	2
<b>Cirugía urgente</b>	26	24	22	14	28
<b>Índice de Sustitución</b>	90,1%	87,8%	85,8%	86,3%	86,6%
<b>% Rendimiento quirúrgico</b>	80,5%	82,5%	80,2%	78,8%	78,0%
<b>% Intervenciones suspendidas CCI</b>	5,6%	4,9%	1,1%	1,1%	2,7%
<b>% Intervenciones suspendidas CMA</b>	3,5%	4,5%	6,7%	5,1%	3,9%

Tabla 6: Actividad quirúrgica ORL

### 3.2.4 Previsión de la demanda.

En los próximos años se prevé un envejecimiento de la población con un aumento de las enfermedades crónicas y de neoplasias que requerirán un aumento de la atención hospitalaria, por lo que existirá un aumento de la demanda asistencial.

En base a los datos recogidos sobre la actividad asistencial de mi servicio en los últimos 5 años, podemos ver que en general hay un aumento tanto de ingresos, como en el sumatorio total de las consultas y también en cirugías con ingreso y ambulatorias.

### 3.2.5 Matriz DAFO/ CAME

Una vez analizado el entorno y los recursos de los que dispone el servicio de Otorrinolaringología del Hospital Morales Meseguer, el siguiente paso es la realización de una matriz DAFO que es una herramienta muy útil en la gestión estratégica, mediante la cual haremos un diagnóstico preciso de nuestro Servicio que nos ayudará en

la toma de decisiones para su gestión. El análisis DAFO nos va a servir para conocer la situación real en la que se encuentra el servicio.

Realizaremos un análisis del ámbito interno, en el cual prestaremos atención a nuestros puntos débiles y fuertes:

- Debilidades: buscaremos cuales son aquellos aspectos que limitan o reducen nuestra capacidad de desarrollo.
- Fortalezas: son aquellas capacidades y recursos con los que cuenta nuestro servicio que pueden servir para explotar oportunidades.

Por otro lado, realizaremos un análisis del entorno externo objetivando nuestras amenazas y oportunidades:

- Amenazas: son aquellos factores del entorno que pueden impedir o reducir la efectividad de nuestras estrategias, o incrementar los riesgos de las mismas.
- Oportunidades: son todos aquellos aspectos del entorno que van a favorecer la mejora de nuestro servicio.

### MATRIZ DAFO

ANÁLISIS INTERNO	ANÁLISIS EXTERNO
DEBILIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"><li>• Cirugía de tiroides y paratiroides realizada por el servicio de Cirugía General.</li><li>• Servicio no dividido en secciones.</li><li>• Falta de informatización de algunos documentos: hoja de tratamiento, protocolo quirúrgico etc.</li><li>• Equipamiento de quirófano obsoleto: pantallas, microscopio...</li><li>• Déficit estructural de espacios físicos.</li><li>• Poca labor de investigación.</li><li>• Poco uso de guías clínicas.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Servicios centrales saturados: anestesia, radiología...</li><li>• Ausencia de UCI pediátrica y Hospital Infantil, por lo que no intervenimos a niños menores de 4 años y con menos de 20kg.</li><li>• Inadecuada derivación desde Atención Primaria (AP).</li><li>• Envejecimiento y crecimiento de la población del área.</li><li>• Escasa incentivación y nulo reconocimiento de los facultativos por parte de la Administración con la consecuente pérdida de motivación.</li></ul>



<b>FORTALEZAS</b>	<b>OPORTUNIDADES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elevado rendimiento y eficacia del servicio.</li> <li>• Motivación por la calidad asistencial de los profesionales.</li> <li>• Alta preparación técnica de los profesionales.</li> <li>• Formación continuada con sesiones temáticas y clínicas diarias.</li> <li>• Acreditación de las sesiones realizadas en el servicio.</li> <li>• Decisión de tratamientos oncológicos por un equipo multidisciplinar en un comité oncológico.</li> <li>• Poco tiempo de espera desde que el paciente es derivado de AP.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausencia de Servicio de Cirugía Maxilofacial.</li> <li>• La mayoría de nuestras cirugías son ambulatorias (CMA).</li> <li>• Desarrollos de guías de práctica clínica con la consecuente disminución de la variabilidad clínica.</li> <li>• Mejora en la comunicación entre atención primaria y hospitalaria.</li> </ul>

Tras revisar los factores internos y externos que definen el estado actual del servicio, debemos desarrollar una estrategia, a través de la cual consolidemos las fortalezas, minimicemos las debilidades, aprovechemos las ventajas y oportunidades de nuestro entorno y reduzcamos o minimicemos las consecuencias de las amenazas externas. Cogiendo como referencia los resultados del análisis DAFO, podremos definir una estrategia con la que alcanzar los objetivos que pretendemos conseguir. Para definir esta estrategia emplearemos el análisis CAME.

#### **MATRIZ CAME**

<b>ANÁLISIS INTERNO</b>	<b>ANÁLISIS EXTERNO</b>
<b>DEBILIDADES→CORREGIR</b>	<b>AMENAZAS→AFRONTAR</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar un acuerdo con el Servicio de Cirugía para determinar unos criterios para repartir la cirugía tiroidea y de paratiroides, de forma que ambos servicios puedan colaborar entre sí.</li> <li>• División del servicio en secciones.</li> <li>• Reunirnos con el equipo de informática</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento de personal en servicios centrales (anestesia, radiología...) o consultas por las tardes que se pagarán extra.</li> <li>• Personal de anestesia con buena preparación en técnicas de anestesia y reanimación infantil</li> </ul>

<p>para informarnos cuales son los requerimientos para informatizar documentos tales como hoja de tratamiento, protocolo quirúrgico etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reunirnos con la dirección del hospital para pedir presupuesto para adquisición de nuevo equipamiento de quirófano (pantallas, microscopio...)</li> <li>• Cerrar espacios abiertos para hacer una consulta más.</li> <li>• Incentivar la investigación en el servicio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Impartir sesiones clínicas en Atención Primaria en las que hablaremos de las indicaciones de derivación al especialista ORL.</li> <li>• Con el envejecimiento y crecimiento de la población del área se producirá un aumento de las enfermedades crónicas y de las neoplasias, por lo que se producirá un aumento de la carga asistencial y se precisará aumento del personal facultativo.</li> </ul>
<b>FORTALEZAS→MANTENER</b>	<b>OPORTUNIDADES→EXPLOTAR</b>
<p>En el Servicio de ORL del Hospital Morales Meseguer tenemos muchos puntos fuertes que vamos a continuar manteniendo para proporcionar a nuestros pacientes una atención de calidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elevado rendimiento y eficacia del servicio.</li> <li>• Motivación por la calidad asistencial de los profesionales.</li> <li>• Alta preparación técnica de los profesionales.</li> <li>• Formación continuada con sesiones temáticas y clínicas diarias.</li> <li>• Acreditación de las sesiones realizadas en el servicio.</li> <li>• Decisión de tratamientos oncológicos por un equipo multidisciplinar en un comité oncológico.</li> <li>• Poco tiempo de espera desde que el paciente es derivado de AP.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Debido a la ausencia de Servicio de Cirugía Maxilofacial en nuestro Hospital, el Servicio ORL se hace cargo de cirugía de glándulas salivales, orofaringe y otras que pueden ser tanto de la esfera ORL como de Maxilofacial.</li> <li>• Nuestras intervenciones son programadas en su mayor parte como CMA, por lo que nuestros pacientes el mismo día de la intervención son dados de alta, sin pernoctar en el hospital.</li> <li>• El desarrollo de guías de práctica clínica permite una disminución de la variabilidad clínica con el consecuente aumento de la calidad asistencial.</li> <li>• Una mayor comunicación entre atención primaria y hospitalaria permite una mejor atención a nuestros pacientes.</li> </ul>

#### **4. Plan de actuación de la unidad de gestión clínica.**

##### **4.1 Misión, visión y valores**

- Misión: ¿cuál es nuestra razón de ser?

El Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Morales Meseguer tiene como principal finalidad la provisión de asistencia sanitaria a todos aquellos usuarios del sistema sanitario pertenecientes al área VI de salud de la Región de Murcia con patologías relacionadas con la esfera que abarca esta especialidad, proporcionando una asistencia integral al enfermo, desde la prevención de la enfermedad con la mejor evidencia científica de la que disponemos actualmente.

- Visión: ¿Qué queremos conseguir?

Queremos conseguir que nuestro servicio se sitúe entre los mejores por sus resultados y la alta calidad asistencial. Que sea reconocido tanto por profesionales, pacientes y entorno social como una organización excelente en todos los sentidos.

- Valores: ¿Cuáles son nuestros principios?

Los valores que comparten los miembros del Servicio de Otorrinolaringología y por los que se rige son:

- El paciente y su familia como centro de nuestra actividad.
- Los principios éticos de Justicia, Autonomía, Beneficencia y No maleficencia.
- Los principios de utilización adecuada, efectiva, eficiente, equitativa y accesible de los recursos disponibles.
- Proceso asistencial de calidad, basado en la mejor evidencia de la que disponemos.
- Trabajo en equipo con participación de todos los miembros del servicio, liderado por el jefe de servicio.
- Mejora continua e innovación.
- Información de calidad adaptada al enfermo y transparencia.

##### **4.2 Líneas estratégicas, factores clave de éxito.**

Las líneas estratégicas que vamos a seguir en nuestro servicio para conseguir un servicio de Otorrinolaringología con la mayor calidad asistencial y excelencia posibles, han de estar en armonía con las líneas estratégicas del centro. Nuestras líneas estratégicas serán las siguientes:

1. Gestión de la calidad asistencial:
  - Paciente centro de la actividad asistencial.
  - Accesibilidad.
  - Plan de Calidad.
  - Memoria de Responsabilidad Social Corporativa(RSC).
  - Guías de Práctica Clínica.
  - Evaluación de la calidad.
2. Mejora de la eficiencia, sostenibilidad y financiera:
  - Gestión por procesos.
  - Gestión eficiente de recursos.
3. Impulsar la formación, docencia e investigación:
  - Formación pregrado.
  - Formación postgrado.
  - Formación continuada de FEA.
  - Investigación.

### **4.3 Objetivos asistenciales, financieros y de sostenibilidad.**

Una vez establecidas las líneas estratégicas, vamos a definir unos objetivos para cada una de las líneas.

#### **4.3.1 Objetivos para conseguir un aumento de la calidad asistencial:**

- Mejora de la coordinación entre niveles asistenciales, estableciendo líneas transversales de trabajo entre Atención Primaria y hospitalaria y entre diferentes servicios a nivel interhospitalario.
- Adecuación de la plantilla a las necesidades asistenciales.
- División del servicio en secciones con la consecuente superespecialización en las distintas áreas otorrinolaringológicas.
- Establecer alianzas estratégicas con diferentes servicios con los que tenemos pacientes en común como son: oncología, radiología, anatomía patológica y anestesiología, para proporcionar una atención más rápida y eficaz a nuestros pacientes.
- Disminuir el número de reingresos postcirugía por dolor, sangrado u otra sintomatología.

- Disminuir el tiempo que deben esperar los pacientes para ser vistos por primera vez en la consulta de otorrinolaringología.
- Impartir talleres destinados a pacientes y sus familiares para el adiestramiento en el manejo de traqueostomías, epistaxis, síntomas de alerta de patología tumoral...
- Asegurar que la Seguridad del paciente se sitúe en el centro de todas nuestras actuaciones.
- Implantación de medidas encaminadas a fortalecer la buena práctica clínica y la disminución de la variabilidad en la práctica clínica como son la elaboración de protocolos y guías de práctica clínicas basadas en la mejor evidencia científica disponible.
- Realizar una serie de recomendaciones al alta para cada cirugía que se entregará al paciente antes del alta con el objetivo de proporcionar una buena información para los cuidados postoperatorios en el hogar.
- Mejorar la satisfacción percibida de nuestros pacientes durante su proceso asistencial en el Servicio de Otorrinolaringología.
- Implementar instrumentos de evaluación de la calidad en forma de indicadores que permitan la evaluación objetiva de la evolución del servicio.

#### **4.3.2 Objetivos para la mejora de la eficiencia, sostenibilidad y financieros**

- Mejorar la gestión financiera mediante la obtención de un presupuesto anual destinado al Servicio de Otorrinolaringología, de forma que el saldo excedente se pueda repartir una parte como incentivos al personal, otra parte al servicio de ORL y otra parte al Hospital.
- Obtención de fondos externos al hospital, para la realización de cursos de formación u otras actividades docentes.
- Gestión por procesos.
- Racionalización del gasto.
- Uso eficiente de los recursos materiales.
- Incentivar el ahorro de material, tanto en quirófano como en consultas.
- Aumentar el número de prescripciones realizadas por principio activo.

#### **4.3.3 Objetivos para impulsar la formación, docencia e investigación**

- Aumentar el potencial, la motivación y autoestima de los miembros del Servicio.

- Formación continuada tanto de adjuntos como residentes, mediante cursos, sesiones temáticas y clínicas etc.
- Plan individualizado de formación para residentes, adaptado a las características de cada uno de ellos, concretando competencias que debe adquirir cada año, así como cursos, sesiones, congresos o rotaciones; reforzando debilidades y reforzando las fortalezas.
- Desarrollar un plan de formación individualizado para cada miembro del Servicio que sea capaz de conjugar las motivaciones del profesional con las necesidades del sistema que permitan el desarrollo profesional continuo.
- Impulsar la actividad científica en el servicio: incentivar y motivar a publicar, participar en proyectos de investigación.
- Elaborar un sistema de evaluación periódica de las competencias.
- Elaboración de bases de datos prospectivas en las que se recojan los resultados obtenidos en el servicio en oncología, cirugía de oído y otros.

#### **4.4 Procesos estratégicos, operativos, de soporte**

Para realizar una Gestión por procesos, en primer lugar hay que definir los diferentes tipos de procesos que se llevan a cabo en el Servicio de Otorrinolaringología. Estos procesos los vamos a dividir en estratégicos, operativos y asistenciales y a partir de estos podremos elaborar un mapa por procesos de nuestra Unidad de Gestión Clínica.

##### Procesos estratégicos

- Planificación de consultas.
- Programación de quirófanos.
- Gestión lista espera quirúrgica.
- Liderazgo.
- Gestión de calidad asistencial.
- Gestión financiera.
- Formación, docencia e investigación.

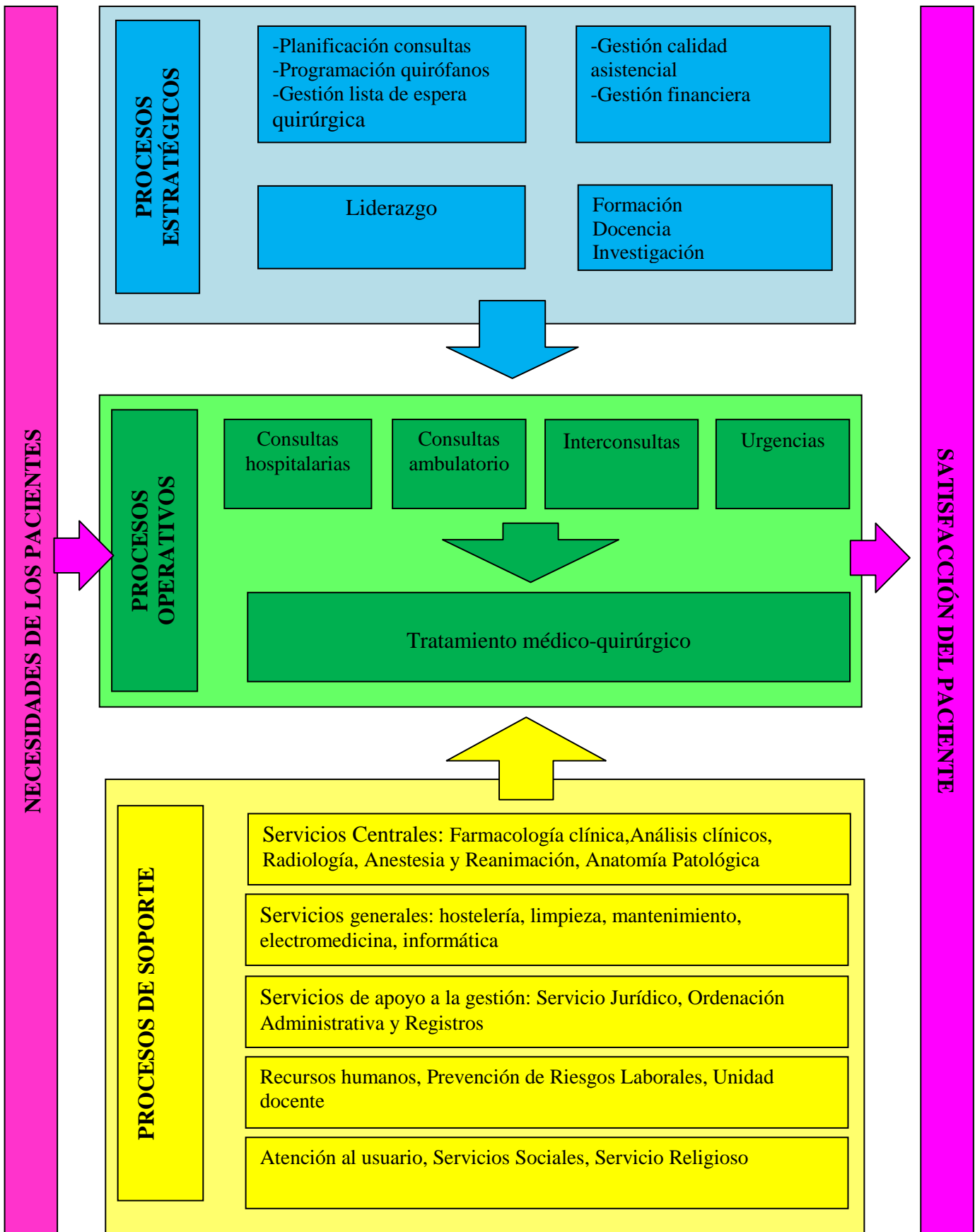
##### Procesos operativos

- Consultas hospitalarias
- Consultas ambulatorio
- Pruebas especiales
- Intervenciones quirúrgicas
- Interconsultas
- Urgencias

Procesos de soporte

- Servicios centrales: Farmacología clínica, Análisis clínicos, Radiología, Anestesia y Reanimación, Anatomía Patológica.
- Servicios generales: hostelería, lencería, limpieza, mantenimiento, electromedicina, informática.
- Servicios de apoyo a la gestión: Servicio Jurídico, Ordenación Administrativa y Registros.
- Recursos humanos, Prevención de Riesgos Laborales, Unidad docente, Biblioteca.
- Atención al usuario, Servicios Sociales, Servicio Religioso.

#### 4.5 Mapa de procesos de la unidad





#### **4.6 Calidad y seguridad del paciente**

La seguridad del paciente, dimensión esencial de la calidad asistencial, implica desarrollar estrategias para reducir el daño innecesario al paciente asociado a la asistencia sanitaria

En el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Morales Meseguer la seguridad del paciente es un objetivo primordial, de acuerdo con el principio Hipocrático “*Primum non nocere*”, es decir, lo primero es no hacer daño. Queremos que la seguridad del paciente sea el centro de todas nuestras actuaciones, para ello llevaremos a cabo las siguientes tareas:

- Implementar sistemas de identificación de riesgos: sistemas de notificación y registro de incidentes.
- Campaña de higiene de manos.
- Campaña para la disminución del riesgo de infección de la herida quirúrgica.
- Incremento del uso de Guías de práctica clínica basadas en la mejor evidencia disponible.
- Protocolos del uso de antibioterapia perioperatoria.
- Campaña por el uso adecuado de la antibioterapia.
- Realización de check-list quirúrgico antes del comienzo de cada intervención en el 100% de los procedimientos.

#### **4.7 Atención centrada en el paciente**

La atención centrada en el paciente es uno de los objetivos principales de nuestro servicio, entendiendo esta como “Atención que respeta y contempla las preferencias, necesidades y valores de cada paciente y asegura que los valores de éste guían las decisiones clínicas”. Los principios que caracterizan la atención centrada en el paciente son los siguientes: respeto por los valores, preferencias y necesidades de los pacientes; coordinación e integración de la atención; información, comunicación y educación; confort físico; apoyo emocional y alivio del miedo y la ansiedad. De esta manera no nos centramos en el tratamiento de una enfermedad, sino en el abordaje integral del paciente, haciendo que este forme parte de cada decisión que se tome respecto a su salud.

Así existen diversos estudios que demuestran que la aplicación de este modelo, mejora tanto los resultados en salud como la satisfacción de los pacientes con el trato recibido.

#### **4.8 Guías clínicas y rutas asistenciales para una atención integrada**

Las guías de práctica clínica son un conjunto de recomendaciones desarrolladas de manera sistemática, con el objetivo de guiar a los profesionales en el proceso de toma de decisiones sobre que intervenciones sanitarias son más adecuadas en el abordaje de una condición clínica específica en circunstancias sanitarias concretas.

Los criterios para definir que condición clínica es susceptible de realizar una guía clínica son: problema de salud con una alta prevalencia y alto consumo de recursos, gran variabilidad en la práctica clínica en su manejo por limitada evidencia científica al respecto y falta de consenso entre expertos.

En nuestro servicio, una patología sobre la que desarrollar una guía clínica podría ser la otitis seromucosa que es una enfermedad muy prevalente en cuyo manejo no hay un consenso y existen gran variabilidad de tratamientos.

Por otro lado, para una atención integrada y de calidad de nuestros pacientes oncológicos, me parece de gran utilidad la elaboración de una vía clínica para el manejo consensuado de los pacientes laringectomizados. La vía clínica es una herramienta que nos va a servir como hoja de ruta. Describe una secuencia de actuaciones, así como quien las ejecuta y en qué momento ha de hacerlo.

#### **4.9 Docencia y formación continuada**

La actividad docente es una responsabilidad de todos aquellos trabajadores adscritos a un Hospital Universitario, como es el nuestro. Es fundamental fomentar la producción de conocimiento científico.

En nuestro servicio se lleva a cabo una importante actividad docente, tanto en postgrado, formando médicos internos residentes (MIR), como en pregrado, con la formación de estudiantes.

- Formación postgrado: formamos un MIR cada 2 años, por lo que actualmente contamos con 2 MIR y recibimos también MIR de Medicina de Familia que rotan con nosotros durante un mes.
- Formación pregrado: estudiantes de diferentes grados realizan prácticas clínicas en nuestro servicio como son estudiantes de Medicina, Enfermería y Logopedia, tanto de la Universidad de Murcia como de la Universidad Católica de San Antonio (UCAM).

En cuanto a la formación continuada, en nuestro servicio realizamos sesiones temáticas y/o clínicas diarias, los lunes y viernes a cargo de residentes y el resto de los días a cargo de un adjunto. Además, impartimos cursos para residentes y adjuntos de

Urgencias y Medicina de Familia acerca de patología frecuente en Atención primaria y Urgencias relacionadas con la esfera ORL.

#### **4.10 Actividad investigadora**

La labor investigadora es un pilar fundamental dentro de la medicina. En nuestro servicio se está trabajando para impulsar este pilar, ya que es una parte imprescindible para el desarrollo de la ciencia, aunque a veces es difícil compatibilizar la labor investigadora con la labor asistencial.

En mi servicio, todos los miembros, tanto adjuntos como residentes, participamos activamente en reuniones de sociedades científicas, de actualizaciones, mesas redondas y congresos, realizando ponencias, presentando posters, ejerciendo de moderadores en mesas redondas etc.

Además, actualmente se está trabajando conjuntamente con un ingeniero en el diseño de un software que utiliza TC de pacientes afectados de obstrucción nasal para realizar una reconstrucción en 3D de las fosas nasales para el diagnóstico de esta afección, mediante dinámica computacional de fluidos. Esto tiene un gran interés ya que las técnicas actuales de las que se disponen son limitadas en el diagnóstico de esta patología.

También estamos diseñando un ensayo clínico para comprobar si realmente es útil esta herramienta para el diagnóstico y tratamiento de la obstrucción nasal. Este sería un ensayo clínico controlado aleatorizado en el que tomaríamos un grupo control que sería diagnosticado mediante las técnicas habituales e intervenido según este diagnóstico y un grupo caso, el cual sería diagnosticado y tratado según la predicción de la nueva herramienta mediante dinámica de flujos. De esta forma al comparar los resultados de ambos grupos veríamos si realmente es útil la nueva herramienta.

#### 4.11 Monitorización del plan de gestión: cuadro de mando

PERSPECTIVA	OBJETIVOS	INDICADORES	INICIATIVAS
Aprendizaje y crecimiento	-Mejorar el conocimiento y desarrollo de los profesionales de mi servicio mediante un aprendizaje continuo e innovación profesional.	-Formación continuada de los miembros del servicio ORL: nº de horas de formación continuada. -Actividad científica servicio ORL: nº de artículos publicados en revistas.	-Incentivar la formación de los profesionales de mi servicio facilitando la asistencia a cursos de formación, reuniones científicas etc. -Realizar bases de datos de diferentes procesos a partir de las cuales poder realizar estudios y valorar nuestros resultados.
	-Aumentar la actividad docente impartida por el Servicio ORL.	- Actividad docente: N° de cursos impartidos por el Servicio ORL/total cursos del Hospital	-Realizar cursos de formación/ talleres trimestrales impartidos por el servicio ORL.
Procesos internos	-Mejora de la calidad asistencial.	-Tasa de reingresos: N° de altas de reingresos en <8 días/ nº de altas en dicho periodo.	-Elaboración de vías clínicas basadas en la mejor evidencia disponible para los procesos con mayor tasa de reingresos o mayor variabilidad en la práctica clínica.

	<p>-Mejorar la calidad de la información que se ofrece al paciente sobre el proceso asistencial.</p> <p>-Aumento del rendimiento en quirófano. Estándar orientativo &gt;85%.</p>	<p>-Aplicación adecuada del consentimiento informado.</p> <p>-Rendimiento bruto de quirófano.</p>	<p>-Proporcionar un adecuado trato e información a todos los pacientes previos a la intervención.</p> <p>-Disminución de los tiempos entre cirugías.</p>
<b>Paciente</b>	<p>-Asistencia sanitaria efectiva, de calidad y satisfactoria.</p> <p>-Mejora de la accesibilidad</p>	<p>-Índice de satisfacción</p> <p>-Reclamaciones recibidas por el servicio ORL.</p> <p>-Tiempo de espera para la primera consulta.</p> <p>-Tiempo de espera para intervención quirúrgica.</p>	<p>-Realizar encuestas de satisfacción a los pacientes que consultan en nuestro servicio.</p> <p>-Formación a los profesionales de atención primaria para adecuación de las derivaciones a ORL.</p> <p>-Disminuir el tiempo de espera quirúrgica realizando turnos por las tardes.</p>
<b>Financiera</b>	<p>-Valoración y rentabilización del presupuesto anual destinado al Servicio de ORL.</p>	<p>-Gasto en farmacia.</p> <p>-Gasto en personal.</p>	<p>-Mejorar el manejo de los recursos de los que disponemos disminuyendo el gasto en farmacia y otros materiales.</p>

	-Maximizar la eficiencia de las prestaciones.	-Gasto por GRD.	-Disminución de costes por GRD.
--	---	-----------------	---------------------------------

A continuación haré una descripción de los indicadores para cada objetivo de cada una de las perspectivas:

1. Perspectiva de aprendizaje y crecimiento: son aquellos indicadores que permiten valorar las habilidades, competencias, y excelencia de los recursos humanos, y la gestión de la información, conocimiento, tecnología e innovación. Propongo indicadores para evaluar los siguientes objetivos:
  - Mejorar el conocimiento y desarrollo de los profesionales de mi servicio mediante un aprendizaje continuo e innovación profesional:

Nombre del indicador	Formación continuada de los miembros del servicio ORL
Fórmula	Nº de horas de formación continuada de cada miembro del servicio de ORL.
Descripción	Suma del número de horas que dedica cada miembro del servicio ORL a la formación continuada.
Fuente de datos	Unidad de Docencia y RRHH del Hospital
Justificación	Dato importante para observar la implicación en el desarrollo y aprendizaje de cada miembro del servicio. Nos permite saber cuánto tiempo dedica cada profesional a formarse, adquiriendo nuevos conocimientos en la esfera ORL u otras, para conocer la mejor evidencia científica de la que disponemos para el mejor manejo de nuestros pacientes.
Periodicidad de análisis	Anual
Fuente	Elaboración propia

Nombre del indicador	Actividad científica servicio ORL
Fórmula	Nº de artículos científicos publicados en revistas.
Descripción	Número de artículos que publica cada miembro del servicio ORL en revistas científicas.
Fuente de datos	Miembros del servicio ORL.
Justificación	La publicación de artículos en revistas científicas indica un trabajo de formación y revisión por parte del profesional.
Periodicidad de análisis	Anual
Fuente	Elaboración propia

- Aumentar la actividad docente impartida por el Servicio ORL:

Nombre del indicador	Actividad docente
Fórmula	Nº de cursos impartidos por el Servicio ORL/total cursos del Hospital
Descripción	Número de cursos impartidos por el servicio ORL en el ámbito hospitalario.
Fuente de datos	Docencia del Hospital.
Justificación	Impartir cursos o talleres de temas de interés al resto facultativos del Hospital es una labor formativa importante que además hace que el propio facultativo se actualice periódicamente.
Periodicidad de análisis	Anual
Fuente	Elaboración propia

2. Perspectiva de procesos internos: estos indicadores informan de los resultados de las operaciones esenciales del servicio, en relación al grado de calidad interna de las actividades que se realizan. Los objetivos y sus indicadores son los siguientes:

- Mejora de la calidad asistencial:

Nombre del indicador	Tasa de reingresos
Fórmula	Nº de altas de reingresos en <8 días/ nº de altas en dicho periodo.
Descripción	Se considera reingreso a todo ingreso inesperado (ingreso urgente) tras un alta previa

	en el mismo hospital. En este caso valoraríamos los reingresos producidos en menos de 8 días desde el alta.
Fuente de datos	CMBD de hospitalización
Justificación	Resultado relevante para evaluar la resolutiveidad y calidad de la asistencia, debiéndose analizar las causas para identificar patologías específicas que precisen una mejora en la calidad de su asistencia.
Periodicidad de análisis	Trimestral
Fuente	CMBD

- Mejorar la calidad de la información que se ofrece al paciente sobre el proceso asistencial:

<b>Nombre del indicador</b>	<b>Aplicación adecuada del consentimiento informado</b>
Fórmula	$\frac{\text{Nº de pacientes que consideran que se les ha facilitado una buena información acerca del procedimiento que se le va a realizar}}{\text{Total de pacientes que firman un consentimiento informado}} \times 100.$
Descripción	% de pacientes que se consideran bien informados acerca del procedimiento al que van a ser sometidos.
Fuente de datos	Encuestas realizadas a los pacientes acerca de la información recibida sobre el procedimiento que se le va a realizar.
Justificación	Es importante saber si los pacientes están satisfechos con la información que reciben acerca de los procedimientos a los que van a ser sometidos es adecuada.
Periodicidad de análisis	Trimestral
Fuente	Elaboración propia.



- Aumento del rendimiento en quirófano:

Nombre del indicador	Rendimiento bruto de quirófano o Índice de ocupación
Fórmula	Sumatorio del tiempo que los pacientes están en quirófano + sumatorio del tiempo entre cirugías/ sumatorio de las horas de quirófano disponibles x 100
Descripción	Nos indica el número de horas que un quirófano está siendo utilizado del total de horas que se encuentra disponible.
Fuente de datos	Registro del hospital
Justificación	Maximizar el tiempo de ocupación de quirófanos supone un paso hacia la eficiencia, aunque inevitablemente hay que invertir un tiempo en funciones que no son asistenciales. Estándar orientativo >85%.
Periodicidad de análisis	Mensual.
Fuente	Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud

3. Perspectiva del paciente: estos indicadores documentan los resultados de la cartera de servicios orientada al cliente en términos de capacidad de respuesta, competencia organizativa, grado de satisfacción, empowerment del usuario, fidelización y co-participación, consentimiento y opiniones clínicas comparadas, así como información de resultados en relación a la calidad de vida ajustada y bienestar o autonomía funcional. Los objetivos que marco para mi servicio y sus indicadores son:

- Asistencia sanitaria efectiva, de calidad y satisfactoria.

Nombre del indicador	Índice de satisfacción
Fórmula	Nº de pacientes satisfechos y muy satisfechos con la atención recibida/Total de pacientes encuestados.
Descripción	Pacientes satisfechos con la atención global

	recibida por el Servicio ORL.
Fuente de datos	Encuestas de satisfacción realizadas en el servicio ORL.
Justificación	Para una asistencia sanitaria de calidad es necesario valorar el grado de satisfacción del paciente
Periodicidad de análisis	Anual.
Fuente	Observatorio de resultados del Servicio Madrileño de Salud.

Nombre del indicador	Reclamaciones recibidas por el servicio ORL
Fórmula	Nº de reclamaciones por cada 1000 actos asistenciales.
Descripción	Nº de reclamaciones por cada 1000 actos asistenciales.
Fuente de datos	Atención al Usuario del Hospital
Justificación	Es importante conocer las reclamaciones que recibe nuestro servicio para mejorar en la calidad ofrecida.
Periodicidad de análisis	Trimestral.
Fuente	Observatorio de resultados del Servicio Madrileño de Salud.

- Mejora de la accesibilidad.

Nombre del indicador	Tiempo de espera para la primera consulta
Fórmula	Media de los días que ha de esperar cada paciente para ser visto en una primera consulta de ORL.
Descripción	Este indicador recoge el tiempo que esperan los pacientes para ser atendidos en una primera consulta de ORL.
Fuente de datos	Registro del Hospital.
Justificación	El tiempo de espera para la primera consulta es el mejor indicador para medir la repercusión de

	<p>las listas de espera en el acceso a la atención especializada.</p> <p>Para una mejora en la calidad asistencial es importante una buena accesibilidad a la atención especializada, conocer el tiempo de espera para la primera consulta de ORL nos permite saber si este tiempo es razonable y si no lo es, tomar medidas para reducirlo.</p>
Periodicidad de análisis	Trimestral.
Fuente	Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud.

<b>Nombre del indicador</b>	<b>Tiempo de espera para intervención quirúrgica</b>
Fórmula	Media de los días que ha de esperar cada paciente para ser intervenido.
Descripción	Este indicador recoge el tiempo que esperan los pacientes para una intervención quirúrgica. El tiempo de espera se calcula desde la fecha de inclusión en lista de espera quirúrgica a la fecha de la intervención en días naturales.
Fuente de datos	Registro del Hospital.
Justificación	Para una mejora en la calidad asistencial es importante una buena accesibilidad a la atención especializada, conocer el tiempo de espera para una intervención quirúrgica en nuestro servicio nos permite saber si este tiempo es razonable y si no lo es, tomar medidas para reducirlo.
Periodicidad de análisis	Trimestral.
Fuente	Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud.

4. Perspectiva financiera: son aquellos indicadores que señalan la situación financiera de la empresa, así como los resultados específicos de la ejecución presupuestaria, el valor añadido y crecimiento económico, así como las líneas de inversión preferentes. Los objetivos e indicadores para valorar esta perspectiva son los siguientes:

- Valoración y rentabilización del presupuesto anual destinado al Servicio de ORL.

Nombre del indicador	Gasto en farmacia
Fórmula	Sumatorio del gasto total en farmacia del servicio ORL/ sumatorio del gasto total por el servicio ORL x 100.
Descripción	Porcentaje del gasto total en farmacia en ORL.
Fuente de datos	Registro del Hospital.
Justificación	Es útil conocer el porcentaje del gasto que se realiza en farmacia y conocer los detalles para ver si es posible un ahorro en este apartado.
Periodicidad de análisis	Mensual.
Fuente	Elaboración propia.

Nombre del indicador	Gasto en personal
Fórmula	Sumatorio del gasto total en personal del servicio ORL/ sumatorio del gasto total por el servicio ORL x 100.
Descripción	Porcentaje del gasto total en personal en ORL.
Fuente de datos	Registro del Hospital.
Justificación	Conocer el porcentaje de gasto que implica el personal del servicio ORL y valorar mejorar la rentabilidad.
Periodicidad de análisis	Anual.
Fuente	Elaboración propia.

- Maximizar la eficiencia de las prestaciones:

Nombre del indicador	Gasto por GRD
Fórmula	Sumatorio del gasto que representa cada GRD (Grupo relacionado con el diagnóstico).
Descripción	Los GRD constituyen un sistema de clasificación de pacientes que permite relacionar los distintos tipos de pacientes tratados en un hospital, con el coste que representa su asistencia.
Fuente de datos	Registro del Hospital.
Justificación	Es importante conocer el gasto que supone cada GRD, para valorar que patologías suponen un mayor gasto y hacer un estudio de cómo podemos reducir el gasto y mejorar la eficiencia.
Periodicidad de análisis	Anual.
Fuente	Elaboración propia.

## **5. Curriculum Vitae**

### **DATOS PERSONALES**

Nombre completo: M<sup>a</sup> del Rosario Gómez González

Fecha de nacimiento: 01/07/1990

Estado civil: soltera.

Domicilio: C/ Ronda de Garay nº 15, 1º Izquierda. CP: 30003. Murcia.

Teléfono: 649087173

E-mail: [charo.gomez.gonzalez@gmail.com](mailto:charo.gomez.gonzalez@gmail.com)

Idiomas: Inglés nivel medio.

### **FORMACIÓN ACADÉMICA**

- Licenciada en Medicina y Cirugía por la Universidad de Zaragoza en 2008.
- Actualmente realizando la Residencia de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y cuello en el Hospital Morales Meseguer de Murcia.

### **PONENCIAS Y COMUNICACIONES**

- Algia facial y CENS, 34 Reunión de los servicios de ORL de las comunidades Valenciana, Murciana y Castellano Manchega; 12 y 13/06/15; Lorca.
- Manejo del paciente con epistaxis y/o traumatismo nasal, curso de formación Hospital Morales Meseguer, Marzo 2016.
- Manejo cervical del melanoma, 35 Reunión de los Servicios ORL de las Comunidades Castellano-Manchega, Murciana y Valenciana, 21/05/16, Valencia.
- Nueva herramienta para el diagnóstico de la obstrucción nasal y predicción de los resultados quirúrgicos, curso de instrucción, Congreso Nacional SEORL, 23/10/16, Sevilla.
- Metástasis de melanoma en amígdala palatina, póster, Congreso Nacional SEORL, 23/10/16, Sevilla.
- Adenoma pleomorfo de paladar, póster, Congreso Nacional SEORL, 23/10/16, Sevilla.
- Diagnóstico diferencial de una masa cervical en neonato, póster, Congreso Nacional SEORL, 23/10/16, Sevilla.
- Manejo del paciente con disnea de vías altas y/o traqueostomía, curso de formación Hospital Morales Meseguer, 28/11/16
- Taller de audiometrías, curso formación, Hospital Morales Meseguer, 29/11/16.

**CURSOS REALIZADOS**

- Nutrición enteral por sonda: teoría y práctica, 01/07/15.
- Curso online sobre Sistema de Notificación y aprendizaje sobre la seguridad del paciente, 22/11/2015.
- Habilidades quirúrgicas básicas, Junio 2016, Hospital Morales Meseguer.
- Microcirugía de oído y disección de hueso temporal del Dr. García-Ibañez; 16,17 y 18 de Noviembre 2016.
- Eficiencia en la utilización de bloques quirúrgicos. Definición de indicadores. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias AIAQS Núm. 2010/04

## 6. Bibliografía

- Página oficial Servicio Murciano de Salud: MurciaSalud <https://www.murciasalud.es/pagina.php?id=108095&idsec=914>
- Análisis DAFO y CAME. Vía E Plataforma de apoyo al emprendimiento. <http://www.cepymeemprende.es/sites/default/files/plantillas/AnalisisDAFO.pdf>
- Estrategia de seguridad del paciente 2015-2020 (actualizado). <https://www.seguridaddelpaciente.es/es/informacion/publicaciones/2015/estrategia-seguridad-del-paciente-2015-2020/>
- MP. Astier Peñaa, I. de Val Pardob, J. Gost Gardec, MC. Silvestre Bustod, M. Larrayoz Dutreye, M. Chivite Izcod, A. Galíndezf. Propuesta de indicadores para cuadros de mando de servicios médicos y quirúrgicos Hospital administration. Information systems management. Quality indicators. Decision making support techniques.Revista de Administración sanitaria siglo XXI. 2004; 2: 485-508.
- Sistema nacional de salud. Organización General de Atención Primaria en las Comunidades Autónomas. M.S.P.S. Instituto de Información Sanitaria - Subcomisión de Sistemas de Información del SNS.
- Indicadores clave del portal estadístico del SNS: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/home.htm>
- CREM: portal estadístico de la Región de Murcia: <http://econet.carm.es/>
- Gálvez Zaloña, R. Unidades clínicas: gestión operativa e instrumentos de práctica clínica.
- Kaplan R. S. y Norton D. P. (2002). Cuadro de Mando Integral. Madrid: Gestión 2000.
- Temario UNIR. Máster Dirección y gestión clínica. Sistemas de la Información para la gestión clínica.
- Temario UNIR. Máster Dirección y gestión clínica. Gestión clínica.



