



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

Trabajo Fin de Máster

**Unidad de Gestión
clínica de Geriatría**

Presentado por:

Javier Gómez Pavón

Ciudad:

Madrid

Fecha:

12 de Junio 2017

Vº Bº: Dra. Juana Requena Puche

Prof. Dr, Javier Gómez Pavón

Jefe del Servicio de Geriatría

Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela

UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE GERIATRÍA

“Si buscas resultados distintos, no hagas siempre lo mismo”

Albert Einstein

“Envejecer es un destino que nos afecta a todos.
Mejorando su presente mejoramos nuestro futuro”

II Asamblea Mundial del envejecimiento. Madrid 2002

TABLA DE CONTENIDO

Contenido

1. Propósito del documento	8
Marco general y características del sistema sanitario donde se localiza la Unidad de Gestión Clínica de Geriatría	9
Escenario actual sanitario y futuro de la Comunidad de Madrid	15
3. Análisis estratégico	19
3.1. Análisis externo	
El entorno: Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela	19
Historia y Estructura	20
Recursos Humanos	23
Recursos Materiales.....	24
Cartera de Servicios.	25
Actividad Asistencial.....	26
Casuística (CMBD).	32
Cumplimiento de los objetivos institucionales de calidad año 2015.....	34
Farmacia.....	37
Actividad docente e investigadora.....	38
El impulso del grado en Medicina para el hospital.....	39
3.2. Análisis interno: El Servicio de Geriatría	44
Breve reseña histórica	44
Estructura	46
Recursos Humanos.....	47
Recursos Materiales.....	50
Cartera de Servicios según contrato programa.....	52
Organización Funcional de las diferentes áreas asistenciales	55
Unidad Geriátrica de Agudos (UGA).....	56
Unidad de Media Estancia (UME)	60
Ortogeriatría.....	64
Área Extrahospitalaria	67

TABLA DE CONTENIDO

Consultas Externas.....	67
Neurogeriatría.....	70
Hospital de Día Geriátrico.....	72
Hospitalización / Atención Geriátrica Domiciliaria (AGD)	75
Hospitalización / Atención Geriátrica Residencial (AGR)	78
Indicadores de Actividad del Servicio en los últimos 10 años....	80
Análisis DAFO	86
4. Plan de actuación de la unidad de gestión clínica	88
Justificación del cambio. Ideario base del proyecto de gestión	88
Visión, Misión y valores de la Unidad de Gestión de Geriatría	97
Líneas estratégicas	98
Modelo organizativo de la UGC de Geriatría y medidas prioritarias a realizar	100
Objetivos asistenciales	107
Organización funcional de la docencia y propuestas de mejora	108
Actividad investigadora y propuestas de mejora	114
Monitorización del plan de gestión: Cuadro de Mando Integral	116
5. Curriculum	103
Perfil profesional	103
Funciones del Jefe de Servicio	118

1.- Propósito del documento

El presente trabajo es la propuesta del desarrollo del cambio de un Servicio de Geriatría tradicional desde su creación en 1978, a una Unidad de Gestión Clínica de Geriatría.

El reto supone un verdadero cambio en la gestión del servicio y de sus relaciones con la dirección y con el resto de servicios del Hospital, através del liderazgo clínico y de gestión propia de la Unidad alineada con los objetivos de la dirección, con amplia participación de sus profesionales y basada en la continuidad asistencial para mejorar la eficiencia.

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

La unidad de gestión clínica de Geriatría forma parte del Hospital Central de la Cruz Roja que a su vez forma parte de la red de hospitales públicos del SERMAS (Servicio Madrileño de Salud).

El SERMAS es el organismo encargado del sistema de prestaciones sanitarias públicas en la Comunidad de Madrid. Forma parte del Sistema Nacional de Salud de España.

En 1986 la Ley General de Sanidad configura el nuevo módulo de organización sanitario español, con la creación del Sistema Nacional de Salud, y define el concepto de servicio sanitario público que debe prestar el Estado.

En España, conforme al principio de descentralización promulgado por la Constitución, y tras la disolución del INSALUD en 2002, la competencia sanitaria está transferida a cada una de las comunidades autónomas. El Gobierno central tan solo presta este servicio directamente en Ceuta y Melilla y realiza labores de coordinación generales y básicas entre las distintas comunidades. El 27 de diciembre de 2001 se traspasan a la Comunidad de Madrid las funciones y servicios del extinto Instituto Nacional de la Salud.

Durante 2010 se realizó una reestructuración de las gerencias, desapareciendo la separación entre atención primaria y atención especializada, y agrupando las 11 áreas sanitarias en 7, denominándolas:

- Centro
- Norte
- Este
- Sureste
- Sur
- Oeste
- Noroeste

Las funciones que tiene asignadas el SERMAS en el ámbito de la Comunidad de Madrid son:

- La gestión de los servicios y la prestación de asistencia sanitaria en sus centros y servicios asistenciales.

- La gestión y ejecución de las actuaciones y programas institucionales para la promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria y rehabilitación

Ámbito de Actuación

Según la memoria del año 2015, publicada en mayo del 2016, y de acuerdo con los datos que constan en el Sistema de Información Poblacional (base de datos a través de la cual se gestiona la Tarjeta Sanitaria en la Comunidad de Madrid), a fecha 31 de diciembre de 2015, la población con Tarjeta Sanitaria Individual (TSI) expedida por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid ascendía a 6.476.551 personas. No obstante, no sólo la población residente con TSI de la Comunidad de Madrid tiene derecho a la asistencia sanitaria pública, sino que hay otra serie de colectivos que igualmente son atendidos, como las personas desplazadas temporalmente en nuestra región o aquellas que, en virtud de lo establecido por el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, pueden tener derecho a la asistencia sanitaria, pero no a la emisión de TSI (menores, embarazadas, víctimas de trata o asilo). Por ello, anualmente la población con derecho a ser atendida en el sistema público - 6.570.115 personas en 2015 -, es superior a la titular de TSI de la Comunidad de Madrid, tal y como se detalla en la siguiente tabla: Población con derecho a la asistencia sanitaria pública

**Población con derecho a la asistencia sanitaria pública
de la Comunidad de Madrid. Evolución 2009-2015**

AÑO*	Población con derecho a asistencia pública	Variación sobre el periodo anterior	Población con TSI de la Comunidad de Madrid	Variación sobre el periodo anterior
2009	6.396.441	0,55%	6.315.423	0,29%
2010	6.386.205	-0,16%	6.322.895	0,12%
2011	6.405.957	0,31%	6.303.454	-0,31%
2012	6.372.048	-0,53%	6.299.975	-0,06%
2013	6.455.781	1,31%	6.351.332	0,82%
2014	6.519.476	0,99%	6.419.675	1,08%
2015	6.570.115	0,78%	6.476.551	0,89%

Según dicha memoria, los hospitales de la red del Servicio Madrileño de Salud son:



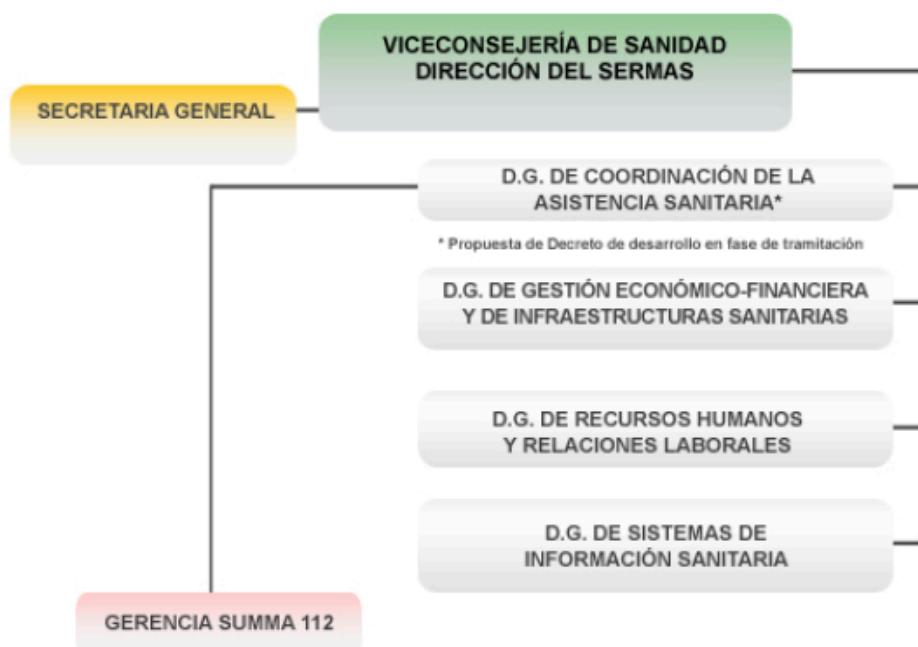
En el año 2015 el SERMAS estableció un nuevo diseño del sistema sanitario madrileño, orientado a la simplificación en las estructuras, lo que en teoría les permite “dinamizar la toma de decisiones en beneficio de la salud de los ciudadanos, y potenciar la humanización de la asistencia”.

En base a este criterio, la asistencia sanitaria en su conjunto, atención primaria y atención hospitalaria, junto con el SUMMA-112, se coordinan bajo un único órgano directivo, la Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria, lo que posibilita la

continuidad del tratamiento a los pacientes a lo largo de su proceso asistencial, y se completa con un elemento esencial del proceso, la prestación farmacéutica.

En el ámbito económico, por su parte, se incorporan como parte de sus funciones las correspondientes a inversiones y mantenimiento de infraestructuras, cuestión esencial para potenciar una asistencia de calidad. Finalmente, la gestión de los recursos humanos, incorpora las relaciones laborales, dada la relevancia de los profesionales sanitarios para la actual Consejería.

Estructura Orgánica del Servicio Madrileño de Salud



Cobertura asistencial:

Los centros adscritos a Atención Primaria son:

Centros de Salud:	265
Consultorios:	163
Centros adscritos:	2
Total:	430 Centros.

Centrándonos en la Atención Hospitalaria, el Servicio Madrileño de Salud cuenta con 35 centros hospitalarios, la Unidad Central de Laboratorio, la Unidad Central de Radiodiagnóstico y el Centro de Transfusión. La tipología, número de camas instaladas, quirófanos, locales de consulta, puestos de hospital de día y puestos de hemodiálisis de los 35 centros hospitalarios se resumen a continuación:

	Camas Instaladas		Quirófanos Instalados		Locales de consulta		Puestos Hospital de Día		Puestos Hemodiálisis	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
General (grupos 1, 2 y 3)	13.416	13.319	447	452	4.161	4.363	1.845	1.884	434	440
Monográfico	696	696	6	6	114	114	130	130	0	0
De apoyo	446	446	20	20	110	116	131	131	0	0
Media estancia	574	574	0	0	3	3	0	10	0	0
TOTAL	15.132	15.035	473	478	4.388	4.596	2.106	2.155	434	440

Recursos instalados a 31 de Diciembre de 2015

Grupo Funcional	CENTRO	INSTALADAS ⁽¹⁾		FUNCIONANTES ⁽²⁾	
		2014	2015	DICIEMBRE 2015	PROMEDIO 2015
Grupo 1	H. El Escorial	91	91	76	74
	H.U. Henares	210	220	220	208
	H.U. Infanta Cristina	188	188	175	175
	H.U. Infanta Elena -Valdemoro	117	137	152	131
	H.U. Sureste	133	152	133	129
	H.U. Tajo	98	98	88	92
TOTAL CAMAS GRUPO 1		837	881	844	809
Grupo 2	H. Central de la Defensa Gómez Ulla	498	475	384	395
	H.U. Fuenlabrada	406	406	339	304
	H.U. Fundación Alcorcón	409	403	347	350
	H.U. de Getafe	589	589	415	413
	H.U. Infanta Leonor	269	269	244	245
	H.U. Infanta Sofía	283	277	271	271
	H.U. Móstoles	349	349	309	294
	H.U. Príncipe de Asturias	594	594	401	419
	H.U. Rey Juan Carlos	310	310	310	297
	H.U. Severo Ochoa	412	386	374	357
	H. U. Torrejón	250	248	176	172
	H. G. Villalba	164	164	150	140
TOTAL CAMAS GRUPO 2:		4.533	4.470	3.719	3.657
Grupo 3	H.U. 12 de Octubre	1.314	1.287	1.225	1.198
	H.U. Clínico San Carlos	964	964	749	757
	H. Fundación Jiménez Diaz	665	670	512	509
	H. General Universitario Gregorio Marañón	1.671	1.671	1.219	1.207
	H.U. La Paz	1.308	1.308	1.200	1.181
	H.U. La Princesa	564	564	425	427
	H.U. Puerta de Hierro – Majadahonda	613	613	543	534
	H.U. Ramón y Cajal	947	891	860	823
TOTAL CAMAS GRUPO 3:		8.046	7.968	6.732	6.636
Monográfico	H. Dr. Rodríguez Lafolla	320	320	312	315
	I. P. de Servicios de Salud Mental José Germain	196	196	194	194
	H. Infantil Niño Jesús	180	180	164	160
TOTAL CAMAS MONOGRÁFICOS:		696	696	670	669
De apoyo	H. C. de la Cruz Roja San José y Santa Adela	156	156	135	130
	H. Santa Cristina	192	192	82	89
	H. Virgen de la Torre	98	98	91	84
TOTAL CAMAS APOYO		446	446	308	303
M. Estancia	H. Guadarrama	144	144	142	130
	H. La Fuenfría	230	230	207	202
	H. Virgen de la Poveda	200	200	167	170
TOTAL CAMAS MEDIA ESTANCIA		574	574	516	503
TOTAL CAMAS:		15.132	15.035	12.790	12.577

Escenario actual sanitario y futuro de la Comunidad de Madrid

Se prevén grandes cambios sociosanitarios a corto plazo que afectarán seriamente la estructura departamental y jerarquía asistencial de todos los hospitales, terciarios, de apoyo, universitarios, no universitarios...y por supuesto públicos o privados.

La sociedad actual camina tan rápida que no es ni somos conscientes de su magnitud y su velocidad, mayor de lo imaginable. Asistimos a modificaciones y novedades en todo aquello que afecta a la asistencia médica, desde los principios fundamentales que sustentan los Sistemas de Salud Pública, el acceso de los enfermos a los recursos humanos y materiales del Sistema, la disponibilidad de los proveedores de cuidados preventivos o terapéuticos, médicos, quirúrgicos o de otra naturaleza, y especialmente los “modelos de gestión” del complejo y formidable gasto sanitario.

Estamos poco a poco dejando atrás según muchos analistas, la mayor crisis económica con repercusiones en todas los ámbitos de la sociedad española. La Sanidad por su peso específico, ha sido una de las más golpeadas. Dicha crisis no obstante ha servido para un proceso de verdadera reingeniería de todo el marco sanitario. Ha servido para tomar conciencia que aunque “la salud es un derecho”, es más bien una responsabilidad personal y colectiva, con una imparable presión política sobre las estrategias sanitarias y sus previsibles consecuencias.

En los cinco últimos años se han producido dos hechos de gran importancia en el Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid:

Decreto 51/2010 de 29 de Julio, por el que se regula el ejercicio de la libertad de elección de médico de familia, pediatría y enfermero de atención primaria y de hospital y médico en Atención Especializada dentro del Sistema Público de la Comunidad de Madrid.

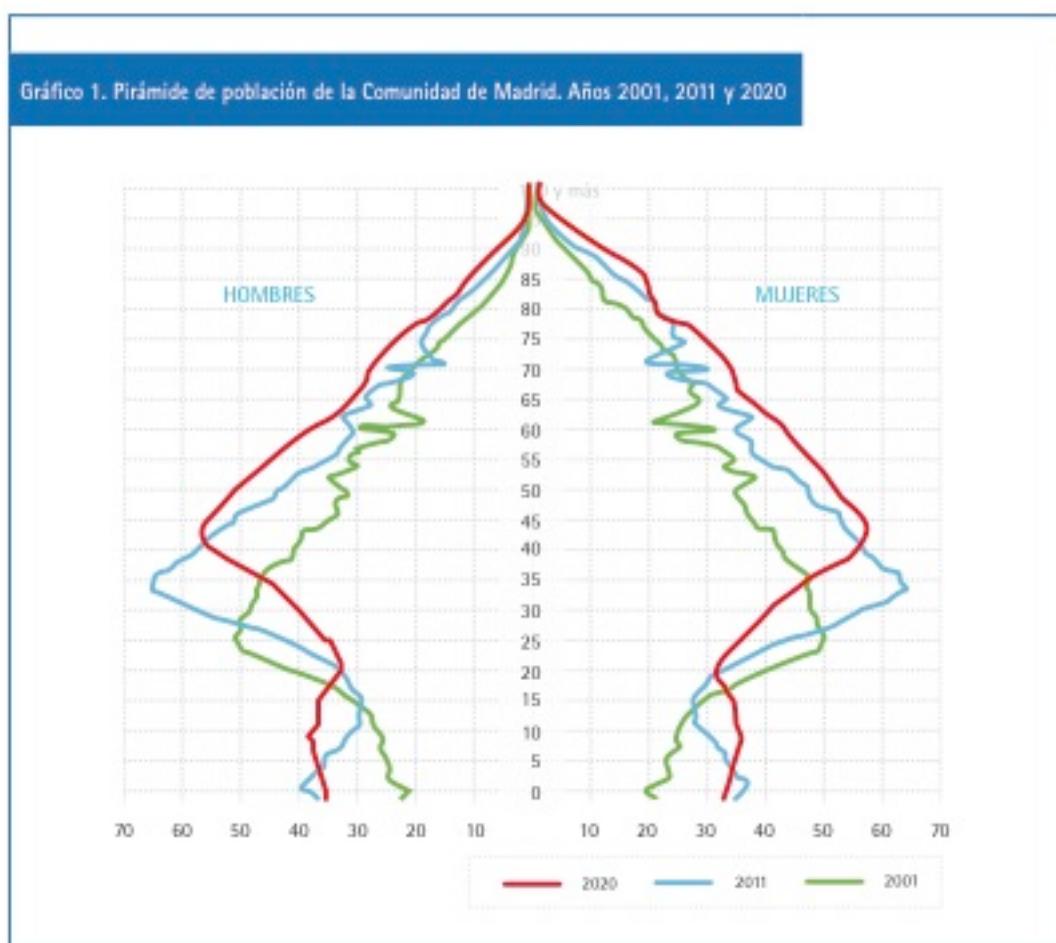
La Estrategia Nacional del SNS para el abordaje de Pacientes Crónicos, aprobada en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en Julio de 2012, con la posterior publicación y puesta en marcha en diciembre de 2013 de la Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas en la Comunidad de Madrid (CM).

Decreto de Prescripción de Enfermera aprobado por el consejo de Ministros el 23 de octubre de 2015, sin duda modificará notablemente el manejo de la cronicidad, que

aunque fue abandonado actualmente vuelve de nuevo con modificaciones y ya para quedarse.

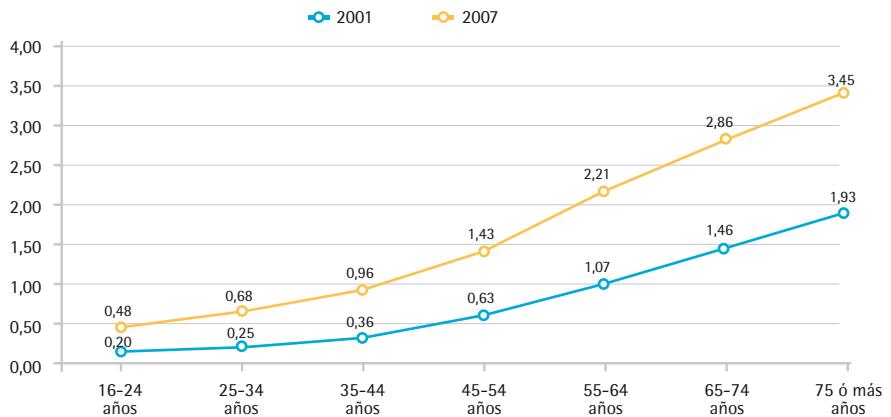
Tanto en el año 2014 como con más intensidad en el año 2015, estamos asistiendo al advenimiento de nuevos liderazgos centrados en la “novedosa” atención al enfermo crónico desde todas las especialidades. En este sentido la geriatría es una especialidad ventajosa que tiene mucho que aportar e innovar.

Como nos expone la citada estrategia de la CM (figuras tomadas cita bibliográfica 1) , los ancianos son la principal razón de ser de estos cambios:



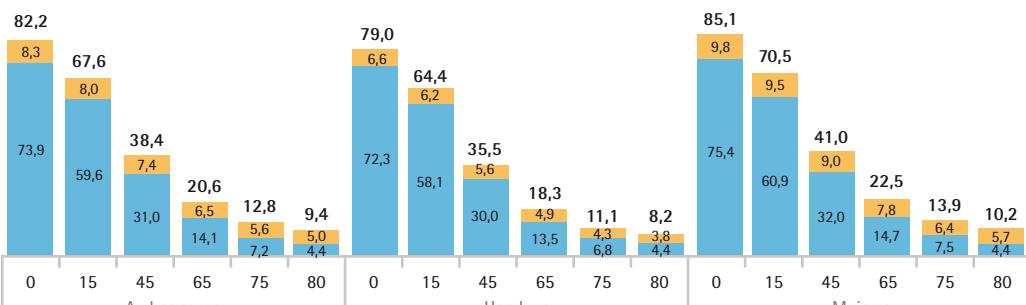
Fuente: INE. Datos del Padrón Municipal de Habitantes, años 2001 y 2011 y proyecciones de población a corto plazo (2020).

Gráfico 12. Número medio de enfermedades crónicas según grupos de edad. Comparativa 2001 y 2007



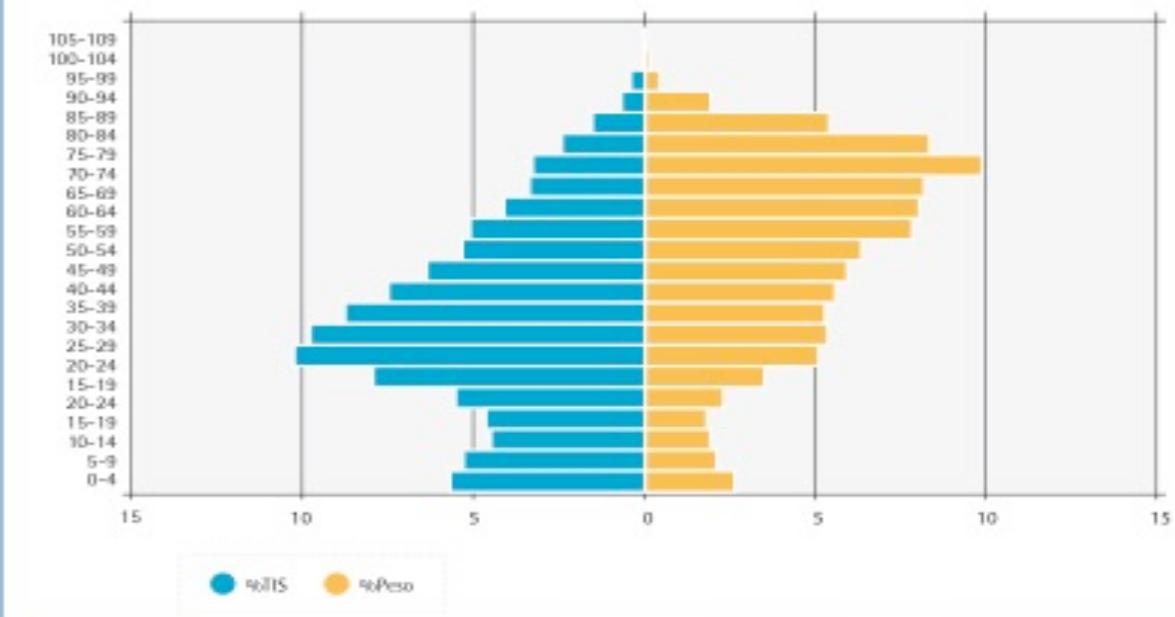
Fuente: Encuesta Regional de Salud de la Comunidad de Madrid. 2007.

Gráfico 9. Esperanza de vida libre de y con discapacidad, según sexo y edad. Año 2008.



Fuente: INE. Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia 2008.

Gráfico 15. Relación entre la tarjeta sanitaria individual y el consumo de recursos por grupos de edad. Año 2009



Fuente: estudio poblacional con CRG. Resultados Comunidad de Madrid.
Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria. Servicio Madrileño de Salud. 2009.

A la vista de estos datos, no es de extrañar que esta atención a la cronicidad sea el eje de las políticas sanitarias de la mayoría de las comunidades autónomas, que buscan nuevas formas de gestión que contengan el gasto mejorando su atención. La financiación capitativa, la integración de hospitales en complejos hospitalarios, sistemas de alianzas entre servicios, ... dibujan un panorama de movimiento continuo, donde la innovación es el motor del cambio.

Así pues, la realidad es clara: nuestro sistema sanitario tiene en la atención integrada a pacientes crónicos, en su mayoría ancianos, con múltiples enfermedades y dependencia el principal reto de estos inicios de siglo.

Y es en este ámbito, en la atención a los enfermos crónicos ancianos con mayor complejidad en la toma de decisiones, donde el Servicio de Geriatría del Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela, debería tener un gran protagonismo no solo a nivel de la Comunidad de Madrid, sino por su reconocido prestigio y su capacidad de innovación eficiente, a nivel nacional.

3.- ANÁLISIS ESTRATÉGICO

3.1. ANÁLISIS EXTERNO: El Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela*. (*los datos mostrados son de la memoria de 2015 ya que desde entonces el hospital no ha hecho público una memoria detallada)

Tradicionalmente el Hospital de la Cruz Roja, hospital de gestión propia e independiente del resto de hospitales, ha estado anclado como hospital de apoyo al Hospital de la Paz y por lo tanto su área de referencia era básicamente el área V, aunque en ocasiones recibía algún paciente del H Clínico San Carlos (área VII) o de otras áreas.

Con la integración del Hospital Canto Blanco a la Paz (año 2010), la aparición de nuevos hospitales (Hospital Infanta Sofía) y especialmente el establecimiento del área única y la libre elección, el hospital se ha constituido como Hospital de apoyo potencialmente de cualquier hospital de la CM, especialmente en actividad de lista de espera quirúrgica y de consultas externas, siendo de los más elegidos de Madrid (Memoria de la CM 2015).

Sin embargo en la práctica diaria de la actividad de hospitalización médica aguda (Servicios de Geriatría y Medicina Interna) y subaguda (Unidad Geriátrica de Media Estancia), nuestro hospital es Hospital de apoyo principalmente de hospitales cercanos:

- Complejo hospitalario La Paz (actualmente La Paz, Canto Blanco y Carlos III).
- Hospital Infanta Sofía.
- Hospital Clínico San Carlos (especialmente medicina interna).
- Hospital Puerta de Hierro de Majadahonda.

Aunque cada vez más las consultas solicitadas como consecuencia de la libre elección son mayores (según la última memoria disponible del H Cruz Roja, del año 2015, éstas ascienden a 1190 primeras consultas), éstas junto a la Atención Geriátrica Domiciliaria y la Atención Geriátrica Residencial se siguen nutriendo y tienen como referencia el antiguo área V.

Los principales rasgos de la población del área V de Madrid son población más envejecida concentrada en el distrito de Tetuán, y una corona metropolitana Norte muy poblada con población adulta entre 30 y 55 años pero con un alto número de residencias y de población mayor en pueblos no metropolitanos.

Historia y estructura

El hospital inició su andadura allá por los años 1913 (Edificio principal en avda. Reina Victoria 24), con una ampliación del segundo edificio en 1924 (el tradicional dispensario en avda. Reina Victoria 26) y posteriormente una nueva construcción moderna en los años cincuenta (pabellón quirúrgico actual en avda. Reina Victoria 22).

Como se ha comentado en 1991 gran parte del personal y equipamiento del Hospital fue utilizado para la puesta en marcha del Hospital de Getafe recién construido. Esta situación mermó sustancialmente las prestaciones del centro aunque siguió activo en muchos de sus servicios y sus profesionales y gestores lograron reenfocar la estrategia hacia un Hospital de apoyo médico quirúrgico quedando definido este proyecto en su Plan Estratégico 1999-2002.

En 01 de enero de 2002 se producen las transferencias sanitarias a la CM (Real Decreto 1479/2001 de 27 de diciembre), integrándose en la Red Sanitaria del Instituto Madrileño de Salud. Estas transferencias han supuesto para el hospital una mayor presencia e importancia en la Red Sanitaria regional al servir de apoyo en las áreas más demandadas por los ciudadanos (derivaciones desde las urgencias, cirugía mayor y menor, asistencia geriátrica especializada, estudio de alergia, rehabilitación, neurología, etc.).

Desde el 2004 hasta hoy el hospital ha estado de reforma arquitectónica que ha limitado sus instalaciones dividiéndole en cuatro bloques claramente diferenciados que se corresponden con los números 21, 22, 24 y 26 de la Avenida de Reina Victoria.

Marco geográfico del Hospital Central de la Cruz Roja:



En los últimos 10 años de andadura creo afirmar sin lugar a dudas que el Hospital ha sabido adaptarse al cambio que se ha producido en la prestación de servicios sanitarios. Se ha pasado de una concepción paternalista a una manera más democrática y moderna de prestar atención en donde el paciente es un cliente que debe quedar satisfecho con la atención prestada. Y así es entendida por el equipo directivo tal y como muestra la figura del organigrama de la memoria 2015, un cambio con respecto a los organigramas tradicionales de las memorias de otros años anteriores.

Organigrama



El hospital del futuro es un centro orientado al paciente (usuario) más que al médico, pero en el cuál, éste debe tener un papel esencial en la gestión de la salud.

A continuación se describen los recursos y la actividad del hospital según los datos de la última memoria del hospital del 2015, ya que la del año 2016 no llegó a publicarse ni realizarse y lo mismo ha pasado con el año 2017..

Recursos Humanos

Su plantilla actual es de 775 trabajadores, recuperándose de la disminución drástica tras la crisis de 2010 en donde eran 923 trabajadores con 153 médicos (menoría año 2011)

CATEGORÍA PROFESIONAL	AÑOS	
	2013	2014
EQUIPO DIRECTIVO		
Director Gerente	1	1
Director Médico	1	1
Director de Continuidad Asistencial	1	1
Subdirector Médico	1	1
Director de Gestión	1	1
Subdirector de Gestión		
Director de Enfermería	1	1
Subdirector de Enfermería	1	1
DIVISIÓN MÉDICA		
Facultativos	124	130
MIR	25	25
PERSONAL SANITARIO		
DUE	174	181
Matronas	1	
Fisioterapeutas	20	23
Terapeutas	7	7
Técnicos	16	17
Auxiliares Enfermería	137	140
PERSONAL NO SANITARIO		
Grupo Técnico Función Administrativa	4	4
Grupo Gestión Función Administrativa	13	11
Grupo Administrativo y resto C	15	15
Aux. Administrativo y resto D	96	99
Celadores y resto	115	116
DOCENCIA		
E.U.E. (otros residentes)		
Personal en formación (matronas)		
TOTAL	753	775

Recursos Materiales

El número de camas se ha disminuido desde las 190 en el año 2010 (memoria 2011) a las 156 actuales, debido a la mejora en la remodelación de los nuevos pabellones, disminuyendo camas para realizar habitaciones más amplias y confortables, pero sobre todo a la pérdida de dos pabellones hospitalarios: el pabellón 17 en donde se encuentran actualmente los laboratorios y hematología, y el pabellón 16 actualmente cerrado pero con proyectos de aperturas de nuevas unidades.

CAMAS	2013	2014
Camas Instaladas	168	156
QUIRÓFANOS	2013	2014
Quirófanos Instalados	9	9
OTRAS INSTALACIONES	2013	2014
Locales de consulta en el hospital	42	42
Locales de consulta en CEP	10	10
PUESTOS HOSPITAL DE DÍA	2013	2014
Oncológico		
Infeccioso-SIDA		
Geriátrico	22	22
Psiquiátrico		
Otros Médicos	11	11
Quirúrgico	8	8
HEMODIALISIS	2013	2014
Número de puestos		
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN	2013	2014
Mamógrafos	1	1
TAC	1	1
Ecógrafos en Radiodiagnóstico	2	2
Ecógrafos en otros servicios	4	5
Sala convencional de Rayos X	2	2
Telemundo	1	1

ALTA TECNOLOGÍA	2013	2014
Gammacámara	1	1

Cartera de Servicios

Sin duda es una cartera muy rica para un Hospital de Apoyo al uso, lo que da valor añadido al hospital con mayor posibilidades de actuación e innovación.

ESPECIALIDADES	DISPONIBLES EN EL HOSPITAL	CENTRO/HOSPITAL DE REFERENCIA
Admisión y Doc. Clínica	Si	
Alergología	Si	
Análisis clínicos	Si	
Anatomía Patológica	Si	
Anestesiología y reanimación	Si	
Angiología y Cirugía Vascular	Si	
Aparato Digestivo	Si	
Bioquímica Clínica	Si	
Cardiología	Si	
Cirugía Cardiovascular	Si	
Cir. Gral. y de Apto Digestivo	Si	
Cir. Maxilofacial	No	
Cirugía Pediátrica	No	
Cirugía Torácica	No	
Cir. Plástica y Reparadora	Si	
Dermatología Medicoquirúrgica	Si	
Endocrinología y Nutrición	Si	
Estomatología	Si	
Farmacología Clínica	No	
Farmacia hospitalaria	Si	
Geriatría	Si	
Hematología y Hemoterapia	Si	
Inmunología	No	
Medicina Familiar y Comunitaria	No	
Medicina Intensiva	No	
Medicina Interna	Si	
Medicina Legal y Forense	No	
Medicina Nuclear	Si	
Medicina Preventiva y Salud Pública	Si	
Medicina del Trabajo	No	
Microbiología y Parasitología	Si	
Nefrología	No	
Neumología	Si	
Neurocirugía	No	
Neurofisiología Clínica	Si	
Neurología	Si	
Obstetricia y Ginecología	Si	
Oftalmología	Si	
Oncología Médica	No	
Oncología Radioterápica	No	
Otorrinolaringología	Si	
Pediatría	No	
Psicología Clínica	No	
Psiquiatría	No	
Radiodiagnóstico	Si	
Rehabilitación	Si	
Reumatología	No	
Traumatología y C. Ortopédica	Si	
Urología	Si	

Actividad asistencial CMBD-SIAE

Según los datos disponibles de las diferentes memorias desde el 2010 al 2014, la actividad asistencial se ha mantenido a pesar de disminuir el número de camas, con una menor estancia media (menor de 6 días) y un peso medio prácticamente mantenido en 1,5. Sin embargo si que se aprecia una disminución de ingresos explicados por la disminución de camas pero también como veremos más adelante por una menor ocupación. La actividad ha aumentado en los hospitales de día (geriátrico, médico y quirúrgico). La hospitalización a domicilio geriátrica ha disminuido debido como veremos más adelante entre otras cosas a los recortes de personal, perfilándose en una menor estancia media como atención puntual de apoyo a Atención Primaria.

Elaboración propia con datos de memorias 2011-2014.

HOSPITALIZACION	2010	2011	2012	2013	2014
Ingresos totales	7.102	6.611	5.969	6.130	6.023
Estancia media	6,01	5,83	5,71	5,67	5,76
Peso Medio	1,5008	1,5204	1,4817	1,4992	1,4942
SESIONES HOSPITAL DE DÍA	2010	2011	2012	2013	2014
Geriátrico		3.748	4.441	4.656	4.741
Otros Médicos	4.422	7.866	10.411	8.195	6.511
Quirúrgico	3.626	3.748	3.909	4.276	5.922
HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO	2010	2011	2012	2013	2014
Número de ingresos	747	715	643	559	666
Estancia Media	25,4	26,6	11,5	10,28	9,84
Altas	672	712	705	556	65
ACTIVIDAD QUIRÚRGICA	2010	2011	2012	2013	2014

Intervenciones quirúrgicas programadas con hospitalización	3.651	3.645	3.113	3.328	3.432
Intervenciones quirúrgicas ambulantes programadas, realizadas en quirófano	6.169	5.233	4.946	5.858	6.193
Intervenciones quirúrgicas urgentes con hospitalización	41	48	32	47	39
Intervenciones quirúrgicas urgentes ambulantes	18	16	9	23	22
Otros procesos quirúrgicos ambulatorios realizados fuera de quirófano	3.963	4.344	3.256	3.296	3.262
Intervenciones quirúrgicas suspendidas	478	454	920	663	442
Tiempo disponible de quirófano (horas/mes)		1.140	1.102	1.106	1.123
Tiempo utilizado de quirófano (horas/mes)		772,43	670,35	736	759
Rendimiento quirúrgico (%) ocupación quirúrgica)	63,70%	67,10%	59,90%	66,50%	67,55%

Elaboración propia con datos de memorias 2011-2014. Celdas en blanco por datos no disponibles.

En cuanto a la actividad quirúrgica se está consiguiendo aumentar el rendimiento quirúrgico, que como ya es sabido es un hospital de apoyo con procesos quirúrgicos programados especialmente de intervenciones quirúrgicas ambulantes programadas.

Consultas externas

Constituyen un elemento importante en la actividad global del hospital ya que para muchos servicios es la principal actividad. Globalmente la actividad es alta con un buen índice global de Sucesivas/Primeras consultas cercano al 1 tanto en el área médica como quirúrgica.

ESPECIALIDAD	Primeras Consultas	Consultas Sucesivas	Total	Índice Suc/Prim	Solicitadas por A.P.	Realizadas para A.P.
Alergia	3.807	2.771	6.578	0,73	4.211	3.288
Cardiología	1.804	2.723	4.527	1,51	941	816
Dermatología	3.127	2.090	5.217	0,67	3.533	2.452
Digestivo	1.219	2.567	3.786	2,11	1.346	979
Endocrinología	780	1.830	2.610	2,35	315	292
Geriatría	1.340	1.929	3.269	1,44	1.190	889
Hematología	700	1.298	1.998	1,85		7
M. Interna	1.093	1.666	2.759	1,52	597	391
Neumología	1.206	942	2.148	0,78	1.036	886
Neurología	2.357	3.189	5.546	1,35	1.507	1.198
Rehabilitación	6.543	4.919	11.462	0,75	3.642	3.149
Otras Médicas	192		192			
TOTAL ÁREA MÉDICA	24.168	25.924	50.092	1,07	18.318	14.347
C. General	3.585	4.264	7.849	1,19	1.618	1.494
Urología	1.403	1.329	2.732	0,95	766	708
Traumatología	3.541	6.603	10.144	1,86	2.679	1.634
ORL	2.196	2.346	4.542	1,07	1.800	1.429
Oftalmología	7.234	6.533	13.767	0,90	3.380	3.024
Ginecología	1.691	3.042	4.733	1,80	1.265	864
Estomatología	1.467	84	1.551	0,06		
C. Plástica	1.144	1.960	3.104	1,71	10	8
Neurocirugía	201	217	418	1,08	5	59
C. Vascular	2.411	1.472	3.883	0,61	2.084	1.573
Anestesia	9.277		9.277		2	
TOTAL AREA QUIRURGICA	34.150	27.850	62.000	0,82	13.609	10.793
TOTAL	58.318	53.774	112.092	0,92	31.927	25.140

La mayoría de las consultas proviene de AP, especialmente en los servicios médicos, con importantes incrementos como neurología (40,19%), Medicina Interna (32,96%), cardiología (20,95%), Geriatría (17,36%) entre otros.

Variación interanual de solicitudes desde Atención Primaria

ESPECIALIDAD	Solicitadas 2013	Solicitadas 2014	% Variación
Alergia	3.601	4.211	16,94%
Cardiología	778	941	20,95%
Dermatología	3.030	3.533	16,60%
Digestivo	1.335	1.346	0,82%
Endocrinología	405	315	-22,22%
Geriatría	1.014	1.190	17,36%
M. Interna	449	597	32,96%
Neumología	1.381	1.036	-24,98%
Neurología	1.075	1.507	40,19%
Rehabilitación	3.426	3.642	6,30%
TOTAL ÁREA MÉDICA	16.495	18.318	11,05%
C. General	2.243	1.618	-27,86%
Urología	563	766	36,06%
Traumatología	2.733	2.679	-1,98%
ORL	1.925	1.800	-6,49%
Oftalmología	4.084	3.380	-17,24%
Ginecología	1.846	1.265	-31,47%
C. Plástica	8	10	25,00%
Neurocirugía	13	5	-61,54%
C. Vascular	2.088	2.084	-0,19%
Anestesia		2	
TOTAL AREA QUIRURGICA	15.503	13.609	-12,22%
TOTAL	31.998	31.927	-0,22%

La siguiente tabla muestra la actividad de primeras consultas comparando la actividad desde 2011 a 2014.

PRIMERAS CONSULTAS

ESPECIALIDAD	2011	2012	2013	2014
Alergia	3.523	3.366	3281	3.807
Cardiología	1.090	4.497	4785	1.804
Dermatología	3.086	3.060	3386	3.127
Digestivo	1.272	1.291	1330	1.219
Endocrinología	818	733	755	780
Geriatría	1.353	1.329	1359	1.340
Hematología	663	651	726	700
M. Interna	1.290	1.308	1203	1.093
Neumología	1324	1.260	1494	1.206
Neurología	2.060	2.502	2300	2.357
Rehabilitación	7.522	7.966	6593	6.543
TOTAL ÁREA MÉDICA	24.056	28.050	27320	24.168
C. General	4.032	3.116	3617	3.585
Urología	404	705	890	1.403
Traumatología	4.450	3.572	3779	3.541
ORL	1.747	2.629	2868	2.196
Oftalmología	5.178	5.350	5798	7.234
Ginecología	3.226	3.192	2702	1.691
Estomatología	3692	2.513	1579	1.467
C. Plástica	712	876	999	1.144
Neurocirugía	335	504	600	201
C. Vascular	2.727	3.633	2948	2.411
Anestesia	8395	8.532	9233	9.277
TOTAL AREA QUIRURGICA	34.898	34.622	35013	34.150
TOTAL	58.954	62.672	62333	58.318

Elaboración propia datos memorias 2011-2014.

Por último también es importante evaluar las primeras consultas producidas como consecuencia de la libre elección, que para algunos servicios constituyen un % importante, no así para Geriatría que como hemos comentado se encuentra fuera de la libre elección.

Consultas solicitadas como consecuencia de la Libre Elección

ESPECIALIDAD	Primeras Consultas Solicitadas AP	Número citas ENTRANTES Libre Elección	% sobre Primeras Consultas Solicitadas AP	Número citas SALIENTES Libre Elección
Alergia	4.211	3.971	94,30%	
Cardiología	941	911	96,81%	
Dermatología	3.533	3.304	93,52%	
Digestivo	1.346	1.276	94,80%	
Endocrinología	315	302	95,87%	
Geriatría	1.190			
M. Interna	597	648	108,54%	
Nefrología				
Neumología	1.036	1.195	115,35%	
Neurología	1.507	1.464	97,15%	
Rehabilitación	3.642	3.315	91,02%	
TOTAL ÁREA MÉDICA	18.318	16.386	89,45%	
C. General	1.618	1.536	94,93%	
Urología	766	755	98,56%	
Traumatología	2.679	2.489	92,91%	
ORL	1.800	1.727	95,94%	
Oftalmología	3.380	3.183	94,17%	
Ginecología	1.265	1.595	126,09%	
C. Máxilofacial		738		
C. Plástica	10			
Neurocirugía	5			
C. Vascular	2.084	145	6,96%	665
Anestesia	2			
TOTAL AREA QUIRURGICA	13.609	12.168	89,41%	665
TOTAL	31.927	28.554	89,44%	665

Casuística (CMBD)

Los 25 GRD médicos más frecuentes describen nuestra actividad hospitalaria médica del perfil del paciente que preferentemente atendemos en el área médica: Hospitalizaciones de ancianos crónicos con reagudizaciones por un proceso infeccioso (26,71% si agrupamos todos los GRDs infecciosos como neumonía, EPOC, ITU, ...) y/o por un proceso cardiológico especialmente ICC (11,39%). El peso medio es de 1,7844 con una estancia media de 10,28 días, que sin duda es menor pero está influenciada por los 22,21 días de estancia media de las camas de la Unidad de Media Estancia.

GRD	DESCRIPCIÓN	Número de casos	%	Estancia Media	Peso
544	ICC Y ARRITMIA CARDIACA CON CC MAYOR	296	11,39%	12,52	3,3009
541	NEUMONÍA SIMPLE Y OTROS TRAST.RESPRATORIOS EXC. BRONQUITIS Y ASMA CON CC MAYOR	283	10,89%	11,02	2,2282
462	REHABILITACION	206	7,93%	22,21	1,3636
127	INSUFICIENCIA CARDIACA Y SHOCK	199	7,66%	9,73	1,3004
569	TRAST. DE RIÑÓN Y TRACTO URINARIO EXCEPTO INSUFICIENCIA RENAL CON CC MAYOR	109	4,19%	9,39	1,7485
584	SEPTICEMIA CON CC MAYOR	93	3,58%	11,03	4,1633
88	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA	91	3,50%	8,18	1,0606
320	INFECCIONES DE RIÑON Y TRACTO URINARIO EDAD>17 CON CC	91	3,50%	10,36	1,0349
89	NEUMONIA SIMPLE Y PLEURITIS EDAD>17 CON CC	82	3,16%	10,24	1,1855
101	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO RESPIRATORIO CON CC	69	2,65%	7,97	0,9994
14	ICTUS CON INFARTO	59	2,27%	11,56	1,6748
540	INFECCIONES Y INFLAMACIONES RESPIRATORIAS EXCEPTO NEUMONÍA SIMPLE CON CC MAYOR	54	2,08%	11,69	3,0484
96	BRONQUITIS Y ASMA EDAD>17 CON CC	44	1,69%	8,64	0,9225
533	OTROS TRAST. SISTEMA NERVIOSO EXC. AIT, CONVULSIONES Y CEFALEA CON CC MAYOR	42	1,62%	16,95	4,1604
189	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO DIGESTIVO EDAD>17 SIN CC	36	1,39%	0,17	0,6838
301	TRASTORNOS ENDOCRINOS SIN CC	34	1,31%	2,15	0,6483
588	BRONQUITIS Y ASMA EDAD >17 CON CC MAYOR	34	1,31%	11,00	1,2594
566	TRAST. ENDOCRINO, NUTRIC. Y METAB. EXC. TRAST. DE INGESTA O FIBROSIS QUISTICA CON CC MAYOR	31	1,19%	11,68	2,1012
395	TRASTORNOS DE LOS HEMATIES EDAD>17	26	1,00%	4,38	1,0221
97	BRONQUITIS Y ASMA EDAD>17 SIN CC	24	0,92%	8,42	0,6757
131	TRASTORNOS VASCULARES PERIFERICOS SIN CC	23	0,88%	1,17	0,8297
321	INFECCIONES DE RIÑON Y TRACTO URINARIO EDAD>17 SIN CC	22	0,85%	6,59	0,6923
79	INFECCIONES Y INFLAMACIONES RESPIRATORIAS EXCEPTO NEUMONÍA SIMPLE EDAD>17 CON CC	20	0,77%	10,55	1,7780
316	INSUFICIENCIA RENAL	20	0,77%	6,40	1,3290
182	ESOFAGITIS, GASTROENTERITIS Y TRAST.DIGEST. MISCELANEOS EDAD>17 CON CC	19	0,73%	8,32	1,0650

2.599 10,28 1,7844

De nuevo si excluimos el área quirúrgico, los GRDs expuestos anteriormente son también los GRDs que mayor consumo de recursos realizan (ICC e infecciones pulmonares en sus diversas categorías e ITUs).

Los 25 GRD con mayor consumo de recursos

GRD	DESCRIPCIÓN	Número de casos	%	Estancia Media	Peso
544	ICC Y ARRITMIA CARDIACA CON CC MAYOR	296	4,91%	12,52	3,3009
119	LIGADURA Y STRIPPING DE VENAS	748	12,40%	0,96	1,0276
541	NEUMONÍA SIMPLE Y OTROS TRAST.RESPRATORIOS EXC. BRONQUITIS Y ASMA CON CC MAYOR	283	4,69%	11,02	2,2282
584	SEPTICEMIA CON CC MAYOR	93	1,54%	11,03	4,1633
162	PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA INGUINAL Y FEMORAL EDAD>17 SIN CC	441	7,31%	1,05	0,8245
209	SUSTITUCION ARTICULACION MAYOR EXCEPTO CADERA Y REIMPLANTE MIEMBRO INFERIOR, EXCEPTO POR CC	114	1,89%	13,68	2,7777
225	PROCEDIMIENTOS SOBRE EL PIE	199	3,30%	1,06	1,4130
462	REHABILITACION	206	3,41%	22,21	1,3636
127	INSUFICIENCIA CARDIACA Y SHOCK	199	3,30%	9,73	1,3004
818	SUSTITUCION DE CADERA EXCEPTO POR COMPLICACIONES	74	1,23%	10,80	3,1545
230	EXCISION LOCAL Y ELIMINACION DISP. FIJACION INTERNA DE CADERA Y FEMUR	161	2,67%	1,17	1,3338
494	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA SIN EXPLORAC. CONDUCTO BILIAR SIN CC	189	3,13%	1,30	1,0934
222	PROCEDIMIENTOS SOBRE LA RODILLA SIN CC	164	2,72%	1,04	1,1959
569	TRAST. DE RIÑON Y TRACTO URINARIO EXCEPTO INSUFICIENCIA RENAL CON CC MAYOR	109	1,81%	9,39	1,7485
533	OTROS TRAST. SISTEMA NERVIOSO EXC. AIT, CONVULSIONES Y CEFALEA CON CC MAYOR	42	0,70%	16,95	4,1604
540	INFECCIONES Y INFLAMACIONES RESPIRATORIAS EXCEPTO NEUMONIA SIMPLE CON CC MAYOR	54	0,90%	11,69	3,0484
558	PROC.MUSCULOESQUELETICO MAYOR CON CC MAYOR	23	0,38%	20,61	6,2374
227	PROCEDIMIENTOS SOBRE TEJIDOS BLANDOS SIN CC	123	2,04%	0,99	1,1298
160	PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA EXCEPTO INGUINAL Y FEMORAL EDAD>17 SIN CC	115	1,91%	1,72	1,0018
158	PROCEDIMIENTOS SOBRE ANO Y ENTEROSTOMIA SIN CC	132	2,19%	1,03	0,7492
014	ICTUS CON INFARTO	59	0,98%	11,56	1,6748
089	NEUMONIA SIMPLE Y PLEURITIS EDAD>17 CON CC	82	1,36%	10,24	1,1855
088	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA	91	1,51%	8,18	1,0606
320	INFECCIONES DE RIÑON Y TRACTO URINARIO EDAD>17 CON CC	91	1,51%	10,36	1,0349
359	PROC. SOBRE UTERO Y ANEJOS POR CA.IN SITU Y PROCESO NO MALIGNO SIN CC	82	1,36%	2,41	1,0138

6.033

5,76

1,4942

Cumplimiento de los objetivos institucionales de calidad

Destacar la baja prevalencia de infecciones nosocomiales a pesar de la situación actual de organismos multiresistentes como son los BLEE+ y las carbapenemas.

INDICADOR	RESULTADO HOSPITAL
Área de Seguridad del Paciente	
Número de objetivos de seguridad del paciente establecidos en los centros	5
Porcentaje de implantación de responsables de seguridad del paciente por Servicios/ Unidades.	100,00%
Porcentaje de Servicios clínicos en los que se han impartido sesiones de seguridad del paciente	0,00%
No de reuniones o visitas realizadas por directivos a las unidades vinculadas a temática de seguridad ("Rondas de seguridad").	3
Número de planes de mejora de higiene de manos	2
Porcentaje de intervenciones quirúrgicas programadas en que se ha utilizado la lista de verificación quirúrgica	93,51%
Porcentaje de pacientes en los que se conoce el riesgo de úlceras según escalas validadas.	100,00%
Porcentaje de protocolos de seguridad disponibles de los establecidos como prioritarios en 2014 (protocolo de medicamentos de alto riesgo, protocolo para el control y mantenimiento de carros de parada, protocolo de órdenes verbales , si no se cumplió en 2013).	100,00%
Área de Indicadores de efectividad	
Prevalencia de infección nosocomial	4,2% (IC 95% 0,58-7,82)
Bacteriemias por Estafilococo aureus resistente a meticilina/100.000 estancias	0
Informe disponible de Revisión del Observatorio de Resultados	Sí
Área de Calidad percibida	
Grado de Satisfacción global de los usuarios con la atención recibida en los segmentos estudiados (% de pacientes satisfechos y muy satisfechos)	91,13%
Número de acciones de mejora implantadas en las áreas priorizadas según el resultado de la encuesta de satisfacción 2013	3

Número de líneas de actuación puestas en marcha por el Comité de Calidad Percibida	3
Área Gestión de la Calidad	
Realización de la autoevaluación de acuerdo al Modelo EFQM o Consolidación del modelo EFQM (en hospitales que en año previo han realizado la autoevaluación)	No
Avance en el desarrollo de actuaciones para la implantación, verificación y mantenimiento de Sistemas de Gestión Ambiental.	Sí
Monitorización de indicadores de gestión ambiental. Consumo de agua (m3/año/estancia)	0,96
Monitorización de indicadores de gestión ambiental. Consumo de electricidad (Kwh/año/m2 de superficie construida)	135,39
Número de líneas de actuación puestas en marcha por el Comité de Atención al dolor	3

No obstante a modo constructivo, si es importante comentar, por lo que todos los servicios entre ellos Geriatría puedan aportar, que se observa una paulatina disminución en el grado de satisfacción global de los usuarios:

INDICADOR	2011	2012	2013	2014
Área de Seguridad del Paciente				
Porcentaje de Servicios clínicos en los que se han impartido sesiones de seguridad del paciente		14,30%	0,00%	0,00%
Porcentaje de intervenciones quirúrgicas programadas en que se ha utilizado la lista de verificación quirúrgica	85,00%	87,00%	97,00%	93,51%
Área de Indicadores de efectividad				
Prevalencia de infección nosocomial		3,30%	4,5% (IC 1-8,1)	4,2% (IC 0,58-7,82)
Área de Calidad percibida				
Grado de Satisfacción global de los usuarios con la atención recibida en los segmentos estudiados (%) de pacientes satisfechos y muy satisfechos)	95,90%	94,30%	94,40%	91,13%

Elaboración propia con datos de memorias 2011-2014. Celdas en blanco por datos no disponibles.

En este sentido es positivo observar los datos disponibles de reclamaciones y de motivos de reclamaciones:

INDICADOR	2011	2012	2013	2014
Nº total de reclamaciones	136	171	176	154
Disconformidad con la Asistencia		14,03%	17,61%	26,62%
Citaciones		9,35%	18,18%	20,13%
Retraso en la atención		10,52%	14,20%	9,09%
Trato Personal		11,69%		9,09
Demora en consultas o pruebas diagnósticas				6,49%

Elaboración propia con datos de memorias 2011-2014. Celdas en blanco por datos no disponibles.

Farmacia

El coste farmacéutico se ha desarrollado con un buen cumplimiento de objetivos tanto en receta en donde se ha disminuido el % de DDD de ara II , aunque no el de los nuevos anticoagulantes (es difícil dada la evidencia científica cada vez mayor hacia su uso). Pero lo más importante ha sido la disminución del coste por UCH encontrándose en el 2014 en 39,95 una disminución con respecto a 2011 de casi 6 puntos. Un área importante de mejora es la Política de antibióticos del hospital, ya que el coste de antiinfecciosos por UCH que aunque se disminuyó drásticamente en casi 4 puntos de 15 en el año 2011 a 11 en el 2012 no se consigue mantener estable en niveles bajos de 2013 (cercaos a 9).

En lo que si el coste de farmacia ha crecido es en tto con biosimilares, en relación con el avance de la medicina y el incremento de actividad del hospital en consultas tales como digestivo (hepatitis B y C, enf intestinal crónica, psoriasis y degeneración macular). Sin embargo la introducción de los biosimilares en el tto de la anemia por insuficiencia renal ha supuesto un gran ahorro llegando a más población.

	2011	2012	2013	2014
RECETA				
% Pacientes nuevos anticoagulantes orales		10,45%	2,68%	11,88%
% DDD ara II AE+AP	43,42%	41,37%	36,62%	39,57%
PACIENTES INGRESADOS				
Coste de farmacia de hospitalización por unidad de complejidad hospitalaria (UCH)	52,12	45,87	41,82	39,95
Coste de antiinfecciosos en hospitalización por UCH	15,41	11,85	9,81	11,24
Coste de antifungicos en hospitalización por UCH	1,9	1,56		
ANEMIA (Factores Estimulantes de eritropoyesis-FEE)				
Nº Paciente medio dispensado en tto. Con FEE			5,38	6,29
Coste tratamiento por paciente con FEE	1413,38	544,8	659,43	593,34

Actividad docente e investigadora.

El hospital se ha consolidado como un hospital de actividad no solo de posgrado (formación de residentes) sino de pregrado (tanto en Enfermería como en Medicina), lo que añade valor al hospital como Hospital Universitario.

CENTRO	Nº ALUMNOS	CURSO
FORMACIÓN PREGRADO DE ENFERMERIA		
ESTUDIANTES DE DIPLOMATURA DE ENFERMERÍA		
Escuela Universitaria de Enfermería Cruz Roja. Universidad Autónoma de Madrid	37	2º
Escuela Universitaria de Enfermería Cruz Roja. Universidad Autónoma de Madrid	2	3º
Escuela Universitaria de Enfermería Cruz Roja. Universidad Autónoma de Madrid	4	4º
ESTUDIANTES TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA		
IES González Cañadas	4	440 h/alumno
ESTUDIANTES TÉCNICO DE FARMACIA		
IES Renacimiento	1	370 h/alumno
ESTUDIANTES TÉCNICO EN ANATOMÍA PATOLÓGICA Y CITOLOGÍA		
IES Rivera del Tajo	1	710 h/alumno
FORMACIÓN PREGRADO DE MEDICINA		
UNIVERSIDAD ALFONSO X EL SABIO	122	3º
UNIVERSIDAD ALFONSO X EL SABIO	100	4º
UNIVERSIDAD ALFONSO X EL SABIO	61	5º

- Formación de especialistas sanitarios: número de residentes por año durante 2014

AÑO	NÚMERO	ESPECIALIDAD
1º	4	Geriatría
1º	1	Medicina Preventiva
1º	1	Oftalmología
2º	5	Geriatría
2º	1	Oftalmología
3º	3	Geriatría
3º	1	Oftalmología
3º	2	Medicina Preventiva
4º	5	Geriatría
4º	1	Oftalmología

FORMACION EIR (Enfermero Interno Residente)		
UDM de At. Familiar y Comunitaria Norte de Madrid	4 EIR	1 mes rotación cada una por HDIA Geriatría y AGD

Formación Continuada

Para todo el personal sanitario es fundamental la actualización de los conocimientos con el objetivo de alcanzar un nivel adecuado de competencia clínica que le permita desarrollar su trabajo de la mejor manera posible. Para poder llevar a cabo los programas de formación dentro del Hospital existe la Comisión de Biblioteca y Formación Continuada, cada una funciona como independiente con sendos presidentes (Dr. José Julio Laguna y Dra. Montserrat Guarino Fernández).

Se han realizado numerosos cursos-talleres en su mayoría acreditados tanto en el área médica, de enfermería y del área de gestión.

Dichos cursos siempre se ha intentado que alteren el mínimo posible la actividad asistencial siendo o bien a primera hora o a última hora de la mañana e incluso por la tarde.

Aunque la frecuencia en ocasiones es mayor, al menos los viernes de cada mes se realizan sesiones clínicas hospitalarias de 8 a 9,30, suspendiendo la actividad asistencial en dicho periodo para que los facultativos puedan acudir a dichas sesiones.

De igual modo la actividad investigadora como queda reflejada en la memoria es alta para las características de un hospital de apoyo con una producción científica de 36 publicaciones en revistas científicas nacionales e internacionales y participando nada menos que en 13 proyectos de investigación de los cuales 5 son multicéntricos.

El impulso en el hospital del Grado en Medicina.

2014 ha sido un año clave en la actividad pregrado en lo que a Medicina se refiere. El curso 2013-2014 fue el primer año que el hospital a través de un coordinador (Prof. Dr. Gómez Pavón) se hizo cargo de la principal asignatura del 3^a curso del grado de Medicina con 18 créditos (Procedimientos MédicoQuirúrgicos Generales) implicando a la mayoría de los servicios del hospital, con rotaciones clínicas distribuidas por dichos servicios más su participación docente en clases magistrales así como seminarios.

Los buenos resultados alcanzados han hecho posible que en curso 2015-2016 se haya constituido un campus universitario en el hospital situado en la 4^a planta con la construcción de dos aulas cada una de cerca de 60 alumnos/as y con un acuerdo tácito entre el hospital y la universidad para un uso común y que actualmente está siendo utilizada tanto por las actividades docentes del hospital (Formación continuada médica y de enfermería, etc.) como de forma puntual para determinadas sesiones para estudiantes de enfermería.

La implantación de la facultad de Medicina en nuestro hospital considero que ha repercutido de forma objetiva en el currículum de todos los participantes en cuanto que participan como profesores asociados, además que ha incrementado su actividad investigadora. Así este año el hospital ha obtenido 8 becas de investigación de la Fundación Alfonso X el sabio, distribuidas en los siguientes servicios:

- Geriatría, Oftalmología, Traumatología, Anestesia, Cardiología, Alergia (en conjunto con la asignatura de Inmunología de la universidad), Dermatología y Ginecología.

En este sentido este año 2017 también es crucial ya que todo el grado va a someterse a la acreditación por la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA) con lo que se está impulsando a profesores que no son doctores a que los sean con varias tesis ya puestas en marcha (2 Geriatría, 1 Cx vascular, 1 Traumatología). Y a los doctores a su acreditación según ANECA.

Conseguir que el Hospital Central de la Cruz Roja, tuviera campus universitario y la participación creo mayoritaria de los servicios, ha sido una labor de todos que se inició en el año 2010 en plena crisis económica y gracias al compromiso de un grupo, el grupo impulsor constituido por los Dres. / Dras. Carlos de Pablo, Fernando Canillas, Mercedes García-Almenta, Ángel Berbel, Borja Ruiz Mateos, Iborra y yo mismo, que trabajamos junto a la dirección del hospital que siempre ha apoyado la iniciativa.

Actualmente los facultativos implicados son 79 lo que supone que más de la mitad de la plantilla médica (64%) participa y solo 1 de 18 servicios clínicos con atención directa de pacientes no participa.

Participación de los diferentes servicios en la facultad de Medicina de la UAX:

PROCEDIMIENTOS MEDICO QUIRÚRGICOS GENERALES (3º AÑO ANUAL)	
SERVICIO	Nº Facultativos
GERIATRIA	9
M INTERNA	2
ALERGIA	5
CARDIOLOGÍA	3
CARDIO H CLINICO	1
DIGESTIVO	7
NEUROLOGIA	3
CX VASCULAR	7
TRAUMA	9
CX GENERAL	10
CX PLASTICA	5
ENDOCRINO	1
DERMATOLOGÍA (4º AÑO CUATRIMESTRAL)	
DERMATOLOGÍA	2
OFTALMOLOGÍA (4º AÑO CUATRIMESTRAL)	
OFTALMOLOGÍA	8
GINECOLOGÍA (4º AÑO CUATRIMESTRAL)	
GINECOLOGÍA	2
REHABILITACIÓN (3º AÑO CUATRIMESTRAL)	
REHABILITACIÓN	3
OTORRINOLARINGOLOGÍA (4º AÑO CUATRIMESTRAL)	
OTORRINO	4
SALUD PÚBLICA (4º AÑO CUATRIMESTRAL)	
PREVENTIVA	1
UROLOGÍA (4º AÑO CUATRIMESTRAL)	
UROLOGÍA	1

Resumen principales características del hospital y del escenario a tener en cuenta en el proyecto.

El hospital presenta una serie de fortalezas:

- Es un hospital de apoyo médico quirúrgico con un importante valor: amplia Cartera de Servicios con una importante actividad tanto de hospitalización como de consultas externas. Además cuenta con unidades de tratamiento ambulatorio como la Hospitalización a Domicilio (Atención Geriátrica Domiciliaria) y a Residencias (Atención Geriátrica Residencial) que amplían las posibilidades de dicha cartera de servicios.
- Trabajadores motivados como muestra su transformación a Hospital Universitario con importante actividad previa docente e investigadora, poco corriente en hospitales de apoyo.

Pero también presenta una serie de debilidades:

- No tiene área asignada ni tiene urgencias por lo cual dependen de su funcionamiento del resto de hospitales con los que trabaja de apoyo.
- Nuestro tradicional hospital de apoyo, el H la Paz, se ha transformado en Complejo Hospitalario con dos hospitales de apoyo integrados (H Canto Blanco y H Carlos III), con lo que con el tiempo necesitará mucho menos o nada de apoyo por parte del H de la Cruz Roja.
- Existen en nuestro entorno otros Hospital de apoyo (H Santa Cristina y el H Virgen de la Torre) que pueden encontrarse en una situación como la nuestra aunque tradicionalmente servían de apoyo a otras áreas (este-noreste) en donde no se han creado complejos hospitalarios pero si que han aparecido nuevos hospitales (Hospital de Torrejón, de Vallecas, del Corredor del Henares, etc.). Y pueden verse en una situación similar a la nuestra de falta de usuarios.

Así podemos observar según las memorias expuestas desde 2010 a 2014:

- Tendencia lenta pero progresiva a una menor actividad asistencial sobre todo de hospitalización, que aunque menor también se está observando en la actividad de consultas externas.
- Si se establecen nuevas formas de gestión como el pago capitativo, probablemente los diferentes hospitales intentarán mantener al máximo su ocupación (especialmente lo referente a hospitalización) lo que puede aún más abocarnos a dicha menor actividad.

En contra a lo anterior disponemos de:

- La libre elección de especialista junto con la estrategia de atención a la cronicidad, pueden ser “armas” a nuestro favor dada las características de nuestro hospital donde el Servicio de Geriatría como ya ocurrió en otras épocas del hospital puede servir para mejorar no solo al propio servicio sino al resto.
- Nuestra cartera de servicios puede ofrecer productos de atención a la cronicidad que hoy por hoy no lo tienen los hospitales de nuestro entorno, por lo que más que nunca debemos de salir al mercado sanitario público y establecer alianzas en donde cubramos las necesidades que tienen los hospitales de nuestro entorno (Atención Primaria, Residencias, Ortogeriatría, Unidad de Ictus, Neurogeriatría, Unidad de caídas, etc.).
- Sector de trabajadores, más amplio del que parece a simple vista, motivados con no solo la asistencia sino con la docencia e investigación con ganas de liderar proyectos de cambio en el hospital.

3.2. ANÁLISIS INTERNO: El Servicio de Geriatría

Breve reseña histórica

La historia de la Geriatría y del Hospital Central de la Cruz Roja, van indudablemente unidas. Por no ser prolífico en la descripción subrayaré los hechos más relevantes:

- 1953: Primer dispensario Geriátrico de la Cruz Roja en su H Central de Madrid.
- 1971: Se crea el primer servicio de Geriatría hospitalario en la CM, con camas de agudos y dirigido por el Dr. Salgado Alba. De igual modo su figura y la del Servicio han estado muy ligadas a la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG), en la que desde el año 1965 durante ocho años, fue secretario general y durante otros doce su presidente.
- 1978: Reconocimiento oficial de la especialidad y primeras plazas MIR de Geriatría formadas en nuestro servicio acreditado de Geriatría, una de ellas el Dr. Isidoro Ruipérez Cantera.
- 1972: Se abre el primer Hospital de día de Geriatría en la CM y en toda España.
- 1978: Primer programa de Atención Geriátrica Domiciliaria.
- 1982: Primera Unidad Hospitalaria Geriátrica de Media Estancia.
- 1991: traslado a Getafe, que supuso un duro golpe al servicio, manteniéndose el mismo gracias al impulso del Dr. Salgado Alba así como del resto de adjuntos y residentes que se mantuvieron con apenas recursos y amenaza continua de cierre.
- 1993: Se inicia la unidad de cuidados sociosanitarios en algunos de sus distritos urbanos con una completa atención multidisciplinar en la que participaban geriatras y médicos de atención primaria.
- 1996: El Dr. Isidoro Ruipérez Cantera se hace cargo del Servicio, al jubilarse el Dr. Salgado Alba. Al igual que su predecesor ha sido presidente de la SEGGER durante 6 años (años 2000-2006) siendo Secretario General un adjunto del Servicio (Dr. Javier Gómez Pavón).
- 1998: se abren “camas de invierno” de agudos en el Servicio de Geriatría como apoyo a la sobrecarga de las urgencias sobre todo del hospital la Paz.

- 2006: Se abre la Unidad de Neurogeriatría, trabajo conjunto de consultas especializadas de un geriatra y un neurólogo con el apoyo de una neuropsicóloga.
- 2008: Se crea la vía de Ortogeriatría, en donde se trabaja de forma multidisciplinar anestesistas, traumatólogos, geriatras y rehabilitadores en la atención de los procesos ortogeriatríficos del hospital.
- 2012: comienza su andadura en septiembre el programa de coordinación telefónica con 2 residencias de la CM (Gastón Baquero y Torrelaguna, en total alrededor de 300 usuarios, coordinador Dr. Javier Gómez Pavón).
- 2013: Integración en el plan de Cuidados Paliativos de la CM con la creación de los referentes de cuidados Paliativos en el Hospital, con acceso a InfoPal (programa especializado de Cuidados Paliativos que gestiona los recursos paliativos de la CM).
- 2014: Ampliación del programa anterior con la creación de la Atención Geriátrica Residencial (un geriatra consultor se desplaza a las residencias, llevando en el momento actual octubre de 2015, 6 residencias públicas, con un total unos 2000 usuarios).
- 2016: comienza otra nueva andadura tras la jubilación del anterior Jefe de Servicio (Dr. Isidoro Ruipérez), con el Prof. Dr. Javier Gómez Pavón)

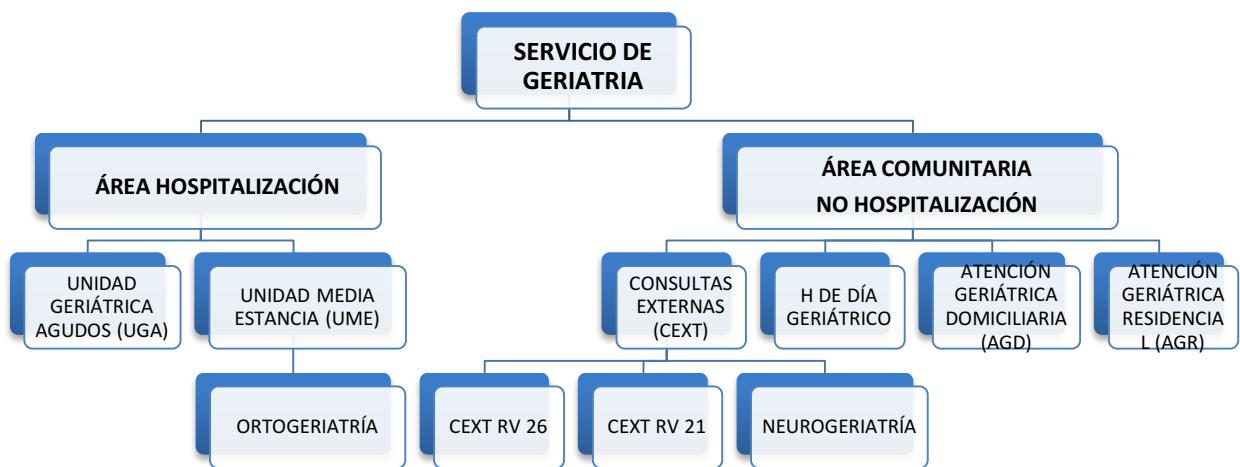
Imagen tomada de: Jiménez Herrero F. Evolución e impulsos a la Geriatría Española aportados por Alberto Salgado Alba. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2001; 36 (5): 1-82.



Figura 1. Madrid, 1979. S. M. la Reina doña Sofía visitando el Hospital de Día de la Cruz Roja Española del Servicio de Geriatría, que dirigía el Dr. Salgado Alba, el día de su inauguración.

Estructura del Servicio de Geriatría

A continuación describiré los recursos humanos y materiales así como la actual cartera de servicios y su actividad, para en el apartado siguiente describir detenidamente su cometido, organización y análisis de dicha actividad, no obstante para comprender este primer punto en el siguiente organigrama muestro **la organización del Servicio de Geriatría, con sus diferentes áreas y unidades:**



Recursos Humanos

El servicio cuenta en la actualidad con un equipo profesional maduro con prestigio nacional reconocido que saben formar equipo, con trabajo más o menos agitado y bajo más o menos presión, compartiendo patrones comunes de calidad y teniendo siempre claro que nuestra meta es prestar la mejor atención al paciente anciano.

En estos momentos el Servicio cuenta con:

Jefe de Servicio:

- Dr. Javier Gómez Pavón

Facultativos especialista de Área: 12 adjuntos.

7 Estatutarios Fijos

5 Contratos temporales

Se realizan de dos a tres guardias al mes lo que supone que todos los días prácticamente e encuentre 1 y en ocasiones 2 adjuntos de libranza posguardia, pero por contra que sea frecuente que estén de guardia 1 o 2 facultativos.

MIR Geriatría del Servicio y MIR de otros servicios y de otras especialidades

El servicio tiene acreditado 5 plazas MIR de Geriatría por año, más además 10 residentes de la especialidad de familia y de forma ocasional otros residentes de otros servicios de geriatría acreditados que no disponen de determinadas unidades de la especialidad de Geriatría como son H de día, Unidad de Media Estancia o Atención Geriátrica Domiciliaria. Son tanto de Madrid como del resto de España. Ocasionalmente también pueden acudir a rotar MIR o especialistas de otros países sobre todo hispanoamericanos.

Los MIR de Geriatría realizan 5 guardias al mes tanto en el hospital de la Paz como en nuestro hospital donde siempre hay un residente de guardia.

Personal de enfermería:

En total el Servicio cuenta con 4 Supervisoras, 39 enfermeras y 44 auxiliares distribuidas de la siguiente manera:

- Sección o Área de Hospitalización:
 - UGA- Pb 15: 1 supervisora, 14 enfermeras y 15 auxiliares.
 - UGA- Pb 11: 1 supervisora, 11 enfermeras y 12 auxiliares.
 - UME- Pb 12: 1 supervisora, 13 enfermeras y 14 auxiliares.
- Sección o Área de No Hospitalización:
 - Hospital de día: 1 supervisora, 1 enfermeras y 3 auxiliares.
 - Atención Geriátrica Domiciliaria (AGD): Comparte supervisora con H de día, 2 enfermeras.
 - Atención Geriátrica Residencial: Comparte supervisora con H de día y si necesita comparte enfermera con AGD.
 - Consultas externas RV 26: Comparte supervisora con H de día y si necesita comparte enfermería con H de día.
 - Consultas externas RV 21 y Neurogeriatria: Comparte supervisora de todo el área de consultas de Reina Victoria 21 al igual que auxiliares.

Terapeuta Ocupacional

En total 2 terapeutas ocupacionales, 1 en UME y 1 en H de día que tb participa en Actividades de la vida diaria en el pabellón 12.

Trabajador Social:

Se dispone de tres trabajadores sociales a tiempo completo, que cubren todos los niveles.

Personal administrativo:

El servicio cuenta con 3 auxiliares administrativos que realizan las funciones de secretaría del Jefe de Servicio además de la realización de los informes de altas de todas las plantas de hospitalización y de área de atención comunitaria (consultas externas, H de día). También dan cobertura a AGD y AGR en cuanto a introducir pacientes en bases de datos e informes.

Otro Personal:

Se dispone de dos conductores en AGD. Son dependientes de una contrata externa al hospital con el vehículo propio de la empresa.

Recursos Materiales

El Servicio cuenta con dos áreas o secciones bien diferenciadas, una de hospitalización y otra de atención externa o comunitaria o de no hospitalización. La ubicación de las diferentes unidades son las siguientes:

- **ÁREA O SECCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN:**
 - *Unidad Geriátrica de Agudos - Pb15:* 31 camas ubicadas en la tercera planta, en el llamado Pabellón 15, del edificio de Reina Victoria 24. Todas las camas son dobles excepto una, la cama 1516 que es de individual, generalmente reservada para aislamiento. La planta dispone de su correspondiente espacios de enfermería (despacho supervisora, cuarto medicación, control de enfermerías, office), el despacho médico y un despacho multifunción principalmente para información a familiares. La planta está equipada y adaptada al paciente geriátrico.
 - *Unidad Geriátrica de Agudos – Pb 21:* 20 camas ubicadas en la primera planta, en el llamado Pabellón 11, del edificio de Reina Victoria 24. Dieciséis habitaciones son individuales y 2 habitaciones son dobles. Cuenta igual que el anterior con sus correspondientes espacios de enfermería y médico, así como de información a familiares.
 - *Unidad Geriátrica de Media Estancia – Pb12:* 28 camas ubicadas en la primera planta. Todas son dobles y es el único pabellón en activo que resta por reformar con barreras arquitectónicas en los baños. Igual que los previos cuenta con los correspondientes espacios médicos y de enfermería, pero además dispone de un amplio salón de socialización para comer y cenar y realizar terapias ocupacionales ya sean individuales o de grupo, además de para participar con sus familiares de las visitas. Dispone de un despacho de multidisciplinar que es usado para la información a los familiares.

- **ÁREA O SECCIÓN DE NO HOSPITALIZACIÓN O ATENCIÓN COMUNITARIA:**
 - *Hospital de Día Geriátrico*: recientemente reformado y ampliado en espacio. Se encuentra en Reina Victoria 26. Es un referente en la CM. Dispone de 2 salas de terapias, una de ellas además de uso para comer. Además acondicionado con los correspondientes baños. Hay tres despachos, uno para la terapeuta ocupacional, otro para la supervisora y otro para la consulta médica de Hospital de día. Igualmente hay un amplio control de enfermería que es compartido con Atención Geriátrica Residencial. Por ultimo se dispone de dos salas de hospitalización de un día para la administración de tratamiento médico.
 - *Consultas de Geriatría- RV 26*: se encuentran a continuación del espacio del H de día, también recientemente reformado cuenta con 4 salas de consulta y una para la auxiliar de enfermería (custodia de las historias de archivo).
 - *Consultas de Geriatría- RV 21*: en la cuarta planta de Reina Victoria 21 compartiendo espacio con el resto de especialidades se encuentra dicha consulta.
 - *Consulta de Neurogeriatría-RV 21*: también en la cuarta planta de Reina Victoria 21 se pasa consulta conjunta con neurología.
 - *Atención Geriátrica Domiciliaria*: en un despacho contiguo a las consultas de RV 26, se encuentran los dos equipos de AGD.
 - *Atención Geriátrica Residencial*: comparte despacho con AGD.
- *Otros espacios del Servicio*:
 - Despacho del Jefe de Servicio, a continuación del área de consultas de RV-26.
 - Aula de sesiones del Servicio, con capacidad para 36 personas en Reina Victoria 26 entre el despacho del Jefe de Servicio y AGD.
 - Despacho de trabajador social donde están ubicadas las tres trabajadoras sociales, contiguo al Jefe de Servicio.

Cartera de Servicios según contrato programa

Las funciones asistenciales del Geriatra se refieren a la atención que debe realizar de los procesos patológicos de las personas mayores. Están recogidas en la Cartera de Servicios de Geriatría del INSALUD de 1999. La columna izquierda de la siguiente tabla muestra si se dispone o no en el Servicio de dicha cartera de servicios:

SI	CONSULTA DE GERIATRÍA (Definición de Valoración Geriátrica Integral (VGI) y Paciente Geriátrico (PG)
SI	Valoración Geriátrica Integral a Paciente Geriátrico <ul style="list-style-type: none">- Escalas de valoración funcional- Escalas de valoración cognitive- Escalas de valoración afectiva
SI	1.2 VGI a PG con deterioro cognitive
NO	1.3 VGI a PG con Caídas
NO	1.4 VGI a PG con incontinencia urinaria
SI	1.5 Consulta de Geriatría General de VGI a PG
SI	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA a PG
SI	2.1 Asistencia intrahospitalaria a PG agudos
SI	2.1.1 VGI y asistencia clínica diaria a PG agudos o crónicos reagudizados que reúnan criterios de ingreso hospitalario.
SI	2.1.2. Recuperación functional precoz de estos pacientes (Fisioterapia, Terapia ocupacional, logopeda)
SI	2.1.3. Prevención de complicaciones habituales: úlceras por presión, caídas, delirium, reacciones adversas a medicamentos, etc.
SI	2.1.4. Elaboración de protocolos preventivos, diagnósticos y terapéuticos.
SI	2.1.5. Coordinación inter y multidisciplinar con los diferentes estamentos asistenciales, intra y extrahospitalarios.
SI	2.2 Asistencia intrahospitalaria a PG de media estancia o convaleciente
SI	2.2.1 VGI y asistencia clínica diaria a PG con secuelas de procesos agudos superados: fractura de cadera, ACV, encamamientos prolongado
SI	2.2.2 Recuperación functional precoz, persistente y completa (fisioterapia, terapia ocupacional y logopedia).
SI	2.2.3. Prevención de las complicaciones más habituales y racionalización del consumo de medicamentos.
SI	2.2.4 Elaboración de protocolos.
SI	2.2.5 Aplicación del trabajo interdisciplinar.
SI	2.2.6 Coordinación con los recursos comunitarios e institucionales.
SI	2.3 Interconsulta intrahospitalaria
SI	2.3.1 VGI a PG en el Servicio de Urgencias
SI	2.3.2. VGI y seguimiento clínico a PG traumatológico y ortopédicos
SI	2.3.3. VGI a pacientes neurológicos
SI	2.3.4 VGI a PG de cualquier otro servicio médico quirúrgico
SI	2.3.5 Apoyo y colaboración en el alta de PG complejos

SI	2.3.6 Apoyo y colaboración en la coordinación de los servicios del hospital con otros recursos comunitarios o institucionales.
SI	2.3.7 Colaboración en la elaboración de protocolos y guías clínicas que afecten a PG.
SI	HOSPITAL DE DÍA GERIÁTRICO
SI	3.1 VGI a PG complejos
SI	3.2 SEguimiento peródico a PG para:
SI	3.2.1 Manejo de enfermedades inestables con altas precoces o ingresos hospitalarios evitados
SI	3.2.2 Recuperación functional (fisioterapia, terapia ocupacional y logopedia).
SI	3.3.3 Cura de úlceras o heridas postquirúrgicas
SI	3.2.4. Rehabilitación de incontinencias
SI	3.3 Aplicación de técnicas diagnósticas o terapéuticas propias
SI	3.4 Hospitalización de un día
SI	3.5 Educación a enfermos, familiares y cuidadores
SI	3.6 Potenciación del trabajo interdisciplinario
SI	3.7 Coordinación con centros de día y atención primaria
SI	UNIDAD DE COORDINACIÓN Y CUIDADOS COMUNITARIOS
SI	4.1. Coordinación comunitaria
SI	4.1.1 Apoyo sobre problemas de manejo a PG, mediante consulta telefónica, fax o correo electrónico, a la atención primaria del área.
SI	4.1.2 Apoyo sobre manejo de PG en instituciones sociales
SI	4.1.3 Ayuda para la atención en el hospital de problemas subsidiarios de los PG.
SI	4.1.4 Facilitar que la atención primaria y las instituciones asuman el alta hospitalaria temprana de los PG.
SI	4.1.5. Desplazamiento a los centros de salud e instituciones para coordinación, consultas y docencia.
SI	4.1.6. Colaborar en la elaboración y seguimiento del programa de atención al anciano del área.
SI	4.2. Cuidados comunitarios
SI	4.2.1 Visitar puntual o periódicamente en el domicilio a PG con gran dependencia, para VGI, a demanda de atención primaria en los siguientes casos:
SI	4.2.1.1 Altas hospitalarias precoces e inestables
SI	4.2.1.2 Cuidados paliativos oncológicos y no oncológicos
SI	4.2.1.3 Deterioros cognitivos severos
SI	4.2.1.4 PG con reingresos hospitalarios frecuentes
SI	4.2.1.5 Otros: grandes ulcerados, deterioros funcionales inexplicables, etc.
NO	4.2.2 Apoyar y formar a los familiares y otros cuidadores principales
NO	4.3. Seguimiento de PG en Unidades de tratamiento continuado
SI	DOCENCIA E INVESTIGACIÓN
SI	5.1. A los diferentes profesionales implicados en la atención a las personas mayores:
SI	5.1.1 Estudiantes de pregrado: Medicina, enfermería, trabajo social, rehabilitación, terapia ocupacional, etc.
SI	5.1.2 Médicos Especialistas en Geriatría (MIR)
SI	5.1.3. Otras especialidades médicas en formación (Medicina Familiar y Comunitaria).

SI	5.1.4 Formación continuada: enfermería, médicos de familia, profesionales de residencias de ancianos, psicólogos, etc.
SI	5.1.5 Cursos de doctorado, de perfeccionamiento, etc.
SI	5.2. Según el nivel asistencial
SI	5.2.1 Docencia e investigación en la consulta de Geriatría
SI	5.2.2 Idem en la atención intrahospitalaria a PG agudos
SI	5.2.3 Idem en la atención intrahospitalaria a PG de media estancia o convalecencia.
SI	5.2.4. Idem en el Hospital Geriátrico de Día
SI	5.2.5 Idem en la Unidad de Coordinación y Cuidados Comunitarios
SI	5.2.6. Idem en las diferentes instituciones docentes: Facultades, escuelas, etc.

Apuntar que la interconsulta está disponible pero dada las características del hospital su demanda es baja y de forma ocasional con los servicios quirúrgicos, especialmente cirugía general.

El Servicio de Geriatría del H Central de la Cruz Roja, dispone de casi la totalidad de la tradicional cartera de servicios de Geriatría del SERMAS, con servicios innovadores que no están recogidos en la misma:

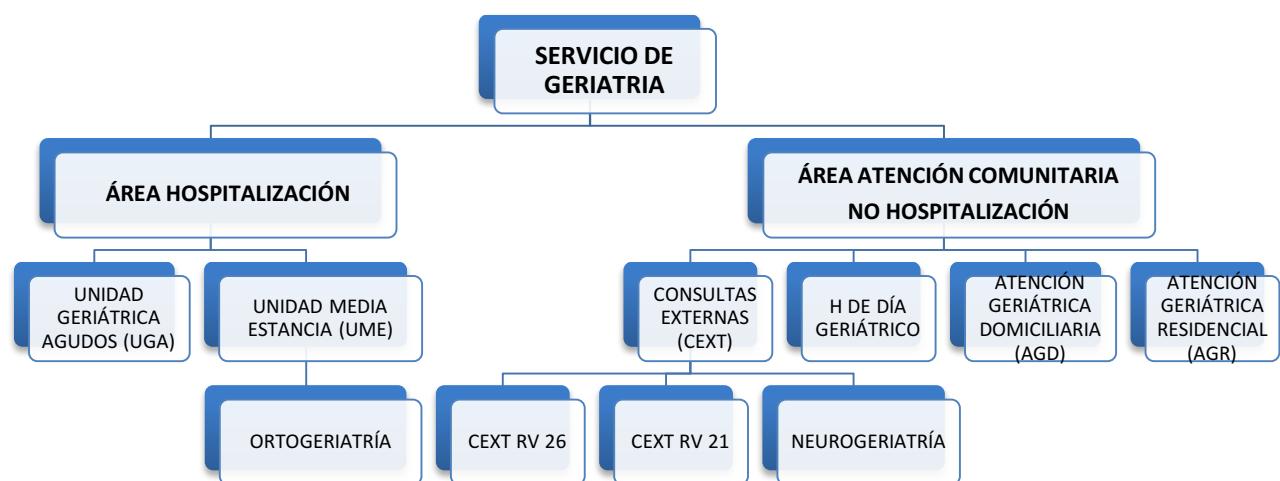
- Coordinación y atención a pacientes institucionalizados (residencias).
- La consulta monográfica especializada de neurogeriatría.

Por contra no disponemos de otras consultas monográficas típicas como caídas, incontinencia urinaria o de insuficiencia cardiaca, pero sí de una consulta general que podríamos decir que es de alta resolución ya que al estar contigua al hospital de día disponemos de todos sus medios (ECG, extracción de analítica diferida o urgente, paracentesis, etc.).

Organización funcional de las diferentes áreas asistenciales

Según los criterios y las características del hospital, así como los recursos disponibles, se han ido desarrollando desde 1971 hasta la actualidad las diferentes unidades asistenciales que integran el Servicio de Geriatría y que a continuación se describen. Muchas de estas unidades han sido pioneras en Madrid y en España, tal y como se ha comentado previamente. Básicamente el Servicio se dispone en dos claras secciones:

- *Área de Hospitalización* que comprende la Unidad Geriátrica de Agudos y la Unidad Geriátrica de Media Estancia, que incluye la ortogeriatría, con manejo de paciente agudo y subagudo que requiere manejo de ingreso hospitalario
- *Área Comunitaria* o de no Hospitalización que comprende aquellas unidades de trabajo ambulatorio bien en el hospital (Consultas Externas y Hospital de día Geriátrico), bien en la comunidad (Hospitalización o Atención Geriátrica Domiciliaria y la Residencial), siendo también los encargados de la coordinación comunitaria primaria y con el medio residencial respectivamente.



UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS (UGA)

La hospitalización ha sido el área básica del hospital a lo largo de su historia. Su misión es mantener ingresados a los enfermos que precisan una serie de cuidados que no pueden ser prestados en otro lugar ni de otra forma.

El sistema tradicional de atención en este nivel no se adapta habitualmente a las necesidades del paciente anciano frágil con enfermedad aguda. El sistema está diseñado para atender episodios agudos de enfermedad, sin embargo en el anciano frágil la evolución del proceso agudo es más lenta, se asocia a complicaciones tales como deterioro funcional, delirium que requieren de más tiempo y otros recursos para su abordaje. Igualmente en muchas ocasiones se emplean métodos diagnósticos y terapéuticos desproporcionados, tanto por exceso como por defecto a las necesidades del paciente.

Debido a todo esto las unidades geriátricas de agudos son un nivel esencial para el Servicio de Geriatría de cualquier hospital.

Definición y objetivos

Son unidades hospitalarias con ubicación física y estructural propia, atendidas por un equipo multidisciplinar especializado en Geriatría, y dirigidas a la atención del paciente geriátrico con patología aguda así como reagudización de sus enfermedades crónicas. Sus objetivos son restaurar el grado de salud previa mediante el tratamiento del proceso que condiciona la hospitalización, junto con la prevención y manejo de complicaciones derivadas tanto de la enfermedad aguda como de la hospitalización, especialmente el deterioro funcional.

Actividad y funcionamiento

La eficacia de su intervención deriva de la presencia de:

- Adaptaciones del entorno que favorezcan la orientación y movilización precoz y segura.

- Presencia de un equipo multidisciplinar especializado con responsabilidad directa sobre el tratamiento y cuidados, y revisión diaria de medicaciones y procedimientos.
- Valoración geriátrica integral y protocolos específicos para el manejo de problemas geriátricos.
- Reuniones interdisciplinares al menos una vez a la semana.
- Planificación precoz del alta.

En 2007, la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología estableció como estándares de calidad de actividad para las UGA, una estancia entre 8 y 13 días, una tasa de institucionalización al alta menor del 12% y una mortalidad menor del 14%.

Datos de actividad de nuestra UGA en los últimos tres años:

GFH: GRT	2.014	2.015	2.016
UGA			
Edad media	87,2	87,5	87,5
Ingresos Totales	1.453	1.454	1.145
Estancia Media	9,3	9,4	10,1
Mortalidad	10,10%	11,50%	12,30%
No deterioro funcional	69,6%	64,6%	64,5%
Índice Ocupación	85,60%	85,30%	80,50%
1er diagnóstico	ICC (12%)	ICC (13,3%)	Neumonía (11%)

Evidencias de eficacia y eficiencia

Diversos ensayos clínicos desde 1995 objetivaron los beneficios de las UGA. Recientes meta-analisis recopilan estos estudios y concluyen que, en comparación con las unidades hospitalarias convencionales las UGA (Baztán JJ et al, 2009; Ellis et al, 2011a; Ellis et al, 2011b):

- Reducen la incidencia de deterioro funcional al alta en un 13%
- Aumentan la proporción de pacientes que regresan a sus domicilios en un 25%
- Se reduce la estancia media y los costes directos de la hospitalización del 10%.

Población Diana

Dada la importancia de una correcta selección del paciente que más se beneficia de ingresar en una UGA y las características de nuestro hospital se comunicaron los **criterios de ingreso** al servicio de admisión así como a las enfermeras codificadoras que allí trabajan pues la mayoría de los ingresos proceden de admission a los que les llega primero vía fax los informes y ellas según criterios aceptan o no el ingreso en nuestra unidad:

- Pacientes *mayores de 75-80 años* y que *cumplan otro criterio* de los siguientes:
 - No necesitar ingreso en UVI o en planta quirúrgica o psiquiátrica.
 - No necesitar de especialistas no disponibles en nuestro hospital (hemodinámica, sangrado digestivo, fibrinolisis en ictus, etc.)

Estos pacientes deben **además padecer una condición médica que precise de manejo intrahospitalario**. Estas condiciones son fundamentalmente:

- Descompensación de enfermedades crónicas
- Procesos infecciosos
- Deterioro funcional agudo
- Cuadro confusional agudo

Es de gran importancia que los pacientes conocidos por Geriatría, bien porque hayan ingresado previamente o porque los veamos en otro nivel asistencial, vuelvan a ingresar en nuestra unidad. *Esto es lo habitual gracias al trabajo continuo con admisión y a las diferentes unidades comunitarias (AGD, AGR, H de día, consultas externas) que garantizan la continuidad de cuidados. Continuidad que es fundamental en el manejo de estos pacientes complejos con múltiples necesidades que el conocerlos facilita la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas, la comunicación con la familia, el medico de atención primaria y la planificación del alta.*

Organización de la actividad asistencial de la UGA Pb15 y Pb11

- En total son 51 camas, con cinco medicos adjuntos y siempre que se puede 5 residentes distribuidos de la siguiente forma:
 - o UGA-Pb 15: 30 camas, 3 adjuntos y 3 residentes. Cada adjunto es responsable de 10 camas y hay una cama la 1516 individual que cada trimestre cambia de adjunto responsable.
 - o UGA- Pb 11: 20 camas, 2 adjuntos y 2 residentes. Cada adjunto responsable de 10 camas.
- Un día a la semana: Realizan sesiones interdisciplinarias de cada equipo médico con la trabajadora social, la supervisora, enfermera, auxiliar de enfermería y actualmente con la enfermera con el objetivo de puesta en común de determinados problemas detectados cara sobre todo al alta y/o manejo en planta.
- Diariamente: a primera hora revisan incidencias de enfermería en muchas ocasiones con la enfermera, con entrega y comentarios de tratamientos si es posible antes de la 13.00 horas.
- Participan al igual que el resto de las Unidades de las sesiones propias del servicio (martes y miércoles) como de las del Hospital (viernes).
- Los días de libranza las camas son atendidas por el residente con la supervisión del resto de los adjuntos de la planta.
- No es posible el pasar visita conjunta del equipo médico y de enfermería, aunque es lo deseable por ambos profesionales.
- No disponemos de terapia ocupacional para recuperar función en la planta. Se realiza con interconsulta a rehabilitación (24-48 h suelen atender las mismas).
- Por último los médicos participan al igual que el resto de un día de consultas externas de 9,00h a 11.00 horas con un nuevo y dos revisiones.

UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA (UME)

Bajo el término de cuidados subagudos, postagudos o intermedios se describen en la literatura geriátrica diversas unidades de ubicación hospitalaria, y con objetivos prioritariamente rehabilitadores o de convalecencia de pacientes médica mente complejos.

Definición y Objetivos

En el documento del Insalud de 1995 fueron definidas como el nivel asistencial geriátrico destinado a “restablecer aquellas funciones, actividades o secuelas”, alterados como resultado de diferentes procesos previos. Su objetivo es atender a pacientes que presentan un deterioro funcional “reciente, potencialmente reversible”, y que una vez sobre pasada la fase aguda de su enfermedad todavía requieren cuidados médicos, de enfermería y sobre todo de rehabilitadores. Se debe favorecer asimismo la adaptación a la nueva situación de dependencia, si es que la hubiese, y potenciar la formación de familiares y cuidadores. El fin último es reintegrar al anciano frágil en su medio habitual, evitando así la institucionalización.

Nuestra Unidad en la práctica es más una Unidades de Media Estancia o Recuperación Funcional Geriátrica en las que más del 90% de los pacientes ingresan con este objetivo.

Actividad y funcionamiento

En las unidades enfocadas a la recuperación funcional, la patología más frecuente que presentan los pacientes son ictus, fractura de cadera (englobada en el término de ortogeriaría) o inmovilismo multifactorial en pacientes frágiles, principalmente derivado de hospitalización por otras patologías agudas.

Las características que definen las UME más eficaces y eficientes son:

- La utilización de la Valoración Geriátrica Integral.
- La gestión del trabajo mediante un equipo multidisciplinar que establece planes terapéuticos conjuntos en reuniones periódicas al menos una vez a la semana.

- Elaboración de protocolos para prevención, manejo y monitorización de problemas más prevalentes (incontinencia, caídas, infecciones, depresión, alteraciones de la piel).
- Planificación de los cuidados al alta y seguimiento postalta.
- Selección adecuada de pacientes. Los pacientes deben presentar un deterioro funcional moderado-severo potencialmente recuperable y encontrarse clínicamente estables del proceso médico o quirúrgico que ocasionó la incapacidad.

Los estándares que se han establecido para definir una asistencia de calidad en UME contemplan una estancia media que oscile entre 18 y 35 días, con una ganancia funcional superior en 20 puntos del Índice de Barthel con una eficiencia (ganancia funcional/estancia) mayor de 1, un porcentaje de nueva institucionalización al alta menor del 20%, una mortalidad menor del 7% y un porcentaje de derivación a unidades de agudos menor del 10%.

Datos de actividad de nuestra UME en los últimos tres años:

GFH: GRT	2.014	2.015	2.016
UME			
Edad media	83	82,9	82,5
Ingresos Totales	388	411	322
Estancia Media	16,9	16,6	15,6
Ganancia Funcional	19,8	15,1	16,5
Índice de ocupación	82,10%	89,30%	84,70%
1er diagnóstico	Ortog (57%)	Ortog (57%)	Ortog (57%)

Evidencias de eficacia y eficiencia

De los diferentes metaanálisis que evalúan la eficacia de las UME, cabe destacar la revisión sistemática y metaanálisis llevada a cabo por Bachmann el al. en 2010 sobre eficacia de la rehabilitación hospitalaria multidisciplinar para pacientes geriátricos objetivó que los pacientes tratados en UMEs generales frente a los que seguían tratamiento convencional:

- Aumentaban al alta su probabilidad de recuperación funcional un 34%.

- Disminuía su riesgo de institucionalización en un 47% frente a los que seguían tratamiento convencional.
- Hallazgos similares a los obtenidos para unidades geriátricas específicas de ictus, siendo en las unidades ortogeriátricas los resultados más eficaces y eficientes cuando combinan el tratamiento multidisciplinar y rehabilitador desde la fase aguda que cuando lo inician solo en la fase subaguda de la fractura de cadera.

Con respecto a la evidencia disponible sobre la eficiencia en la reducción de costes globales al año de atención en UME, existen estudios que encuentran reducción del gasto global, mientras que otros estudios muestran una elevación del mismo que desaparece si se ajusta por años de vida sobrevividos o días vividos sin institucionalización.

Población diana

Si en la UGA era importante definir que tipología de pacientes se beneficia más de ella, en la UME es aún más importante. Por ello tradicionalmente la admisión de cualquier paciente a estas unidades debe de ser supervisada directamente por el equipo, ya que de no ser así el riesgo de bloqueo por problemática social o de ineficacia es alto.

Criterios de ingreso:

Aunque el criterio del ingreso debe de ser una valoración individualizada en cada paciente, los criterios de ingreso que han mostrado una mayor eficiencia en cuanto a la relación ganancia funcional / nº de días de estancia son:

- Pacientes ya diagnósticados, que han superado la fase aguda de enfermedad.
- Ya han iniciado tratamiento rehabilitador en su hospital o unidad de procedencia y presentan potencial rehabilitador siendo subsidiarios de seguir un tratamiento rehabilitador hospitalario mejor que el ambulatorio (I Barthel mayor de 60):
 - Pacientes con deterioro funcional reciente.
 - Una situación funcional previa medida por un índice de Barthel mayor o igual a 45 puntos.
 - Un I. Barthel al ingreso entre 25-60 puntos y una pérdida funcional mayor de 25 puntos con respecto a sus situación previa.

Organización de la actividad asistencial de la UME Pb12

- En total son 28 camas, con dos médicos adjuntos y siempre que se puede 2 residentes.
- Un día a la semana, generalmente jueves, uno de los médicos se desplaza al H La Paz para evaluar pacientes candidatos a ingreso utilizando al Servicio de Geriatría de aquel hospital como enlace. Candidatos de otros hospitales son evaluados a través de fax y en su caso llamada directa al médico responsable del paciente.
- Un día a la semana: Realizan sesiones interdisciplinarias con los médicos rehabilitadores, terapeutas ocupacionales, trabajadora social, supervisora de enfermera y enfermería, y actualmente con la enfermera con el objetivo de puesta en común de determinados problemas detectados cara sobre todo al alta y/o manejo en planta.
- Diariamente: a primera hora revisan incidencias de enfermería en muchas ocasiones con la enfermera, con entrega y comentarios de tratamientos si es posible antes de la 13.00 horas.
- Participan al igual que el resto de las Unidades de las sesiones propias del servicio (martes y miércoles) como de las del Hospital (viernes).
- Los días de libranza las camas son atendidas por el residente con la supervisión del resto del otro adjunto de la planta.
- No es posible el pasar visita conjunta del equipo médico y de enfermería, aunque es lo deseable por ambos profesionales.
- Aunque los ingresos y las altas suelen ser programados suelen ser a partir de media mañana por lo que entre que los pacientes bajan a rehabilitación y los horarios de comida, el tiempo tiene que estar muy organizado para pasar visita al menos una o dos vez a la semana a cada paciente ingresado, aunque como es lógico el momento de la socialización de la planta (comida, terapia ocupacional grupal en la sala común, etc.) son momentos observación de la evolución rehabilitadora.
- La relación con rehabilitación en estos momentos es fluida a través de interconsulta.
- Por último los médicos participan al igual que el resto de un día de consultas externas de 9,00h a 11.00 horas con un nuevo y dos revisiones.

Programa de Ortogeriatría-UME

Las Unidades Hospitalarias de Ortogeriatría con participación multi e interdisciplinar de traumatología, anestesia, rehabilitación y geriatría han mostrado una importante evidencia en cuanto a menor mortalidad, menor estancia hospitalaria con mayor accesibilidad a la rehabilitación de la función perdida. En este sentido las unidades geriátricas de media estancia (UME) poseen una más que importante evidencia como hemos comentado anteriormente en cuanto a mejoría de la función con ubicación en domicilio de pacientes ancianos.

Definición y Objetivos

El programa de Ortogeriatría se puso en marcha en el año 2008 y es un programa multidisciplinar en el cual de forma conjunta anestesia, traumatología, rehabilitación y Geriatría, trabajan desde el inicio (valoración preoperatoria conjunta por los tres servicios), al ingreso y durante el ingreso (conjunto por traumatología y geriatría) intentando evitar complicaciones, y recuperación funcional (UME) para intentar vuelta a domicilio en la mejor situación funcional posible.

Así el objetivo no es otro que el de mejorar la asistencia sanitaria del paciente mayor o igual de 70 años o menor con pluripatología o fragilidad social, sometido a cirugía ortoprotésica de rodilla y cadera.

Actividad y funcionamiento

El paciente diana que entra en el programa es:

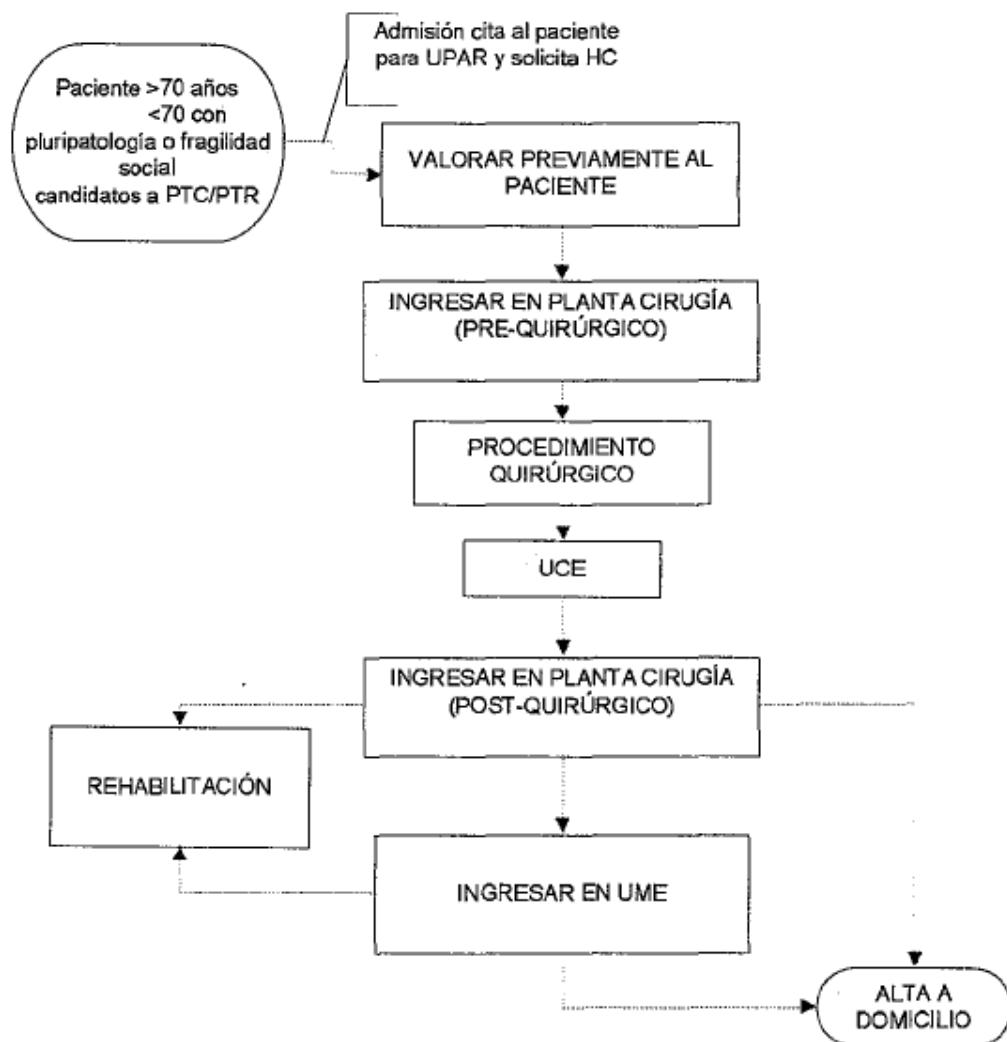
- Paciente mayor de 70 años, o menor con pluripatología o fragilidad social.
- Procedente de la consulta de traumatología o derivado de otro hospital, con indicación de tratamiento protésico de rodilla o cadera.

Es valorado inicialmente en consulta externa generalmente el mismo día por traumatólogo, anestesista y geriatra, programándose si fuera susceptible, para intervención quirúrgica.

Una vez realizada dicha intervención, el paciente ingresa en UCE del centro durante las primeras 24h, pasando posteriormente a planta de Traumatología si estabilidad clínica, para seguimiento a cargo de traumatología en conjunto con Geriatría. A las 48h, el paciente estable clínicamente y con capacidad para realizar tratamiento rehabilitador, es valorado por rehabilitación, comenzando dicho proceso a las 72 horas tras la cirugía.

El paciente que presenta estabilidad clínica relativa al proceso quirúrgico, que ha iniciado la carga tras control radiográfico, que presenta complicaciones médicas postquirúrgicas, comorbilidad asociada o síndromes geriátricos, deterioro funcional, mental o social, pasa a la UME en ese momento a cargo de geriatría.

Mapa 0



Organización de la actividad asistencial de Ortogeriatría

- Tiene asignado uno de los dos médicos de la UME.
- Participa dos días asignado en la consulta preoperatoria los lunes y los miércoles si es que hay pacientes para valorar y que han pasado el “cribado” de anestesia siendo la hora a las 12,00 horas, con dos pacientes nuevos.
- En la planta de Cirugía (Planta 6 y 7 de Pabellón Quirúrgico) realiza un seguimiento médico diario junto con el traumatólogo.
- Igualmente participa en toda la organización asistencial de la UME, en donde el paciente suele pasar a los 3-4 días.

CONSULTAS EXTERNAS DE GERIATRÍA

La consulta externa es el lugar idóneo donde diagnosticar, orientar y establecer la estrategia terapéutica del paciente que no precisa ingreso. Unas consultas externas de calidad (fácil accesibilidad, tiempo de consulta suficiente, continuidad en la asistencia y resolución adecuada) redundan en menor presión asistencial en las urgencias hospitalarias, en atención primaria y la planta hospitalaria.

La consulta aporta diversas ventajas. Para el paciente, comodidad, mantenimiento de su actividad socio-familiar y en el caso del anciano evita el riesgo de complicaciones asociadas al ingreso hospitalario. Para el sistema sanitario, bajos costes de instalación y mantenimiento.

Objetivos

- Diagnóstico y tratamiento de pacientes derivados por médico de Atención Primaria, otros especialistas o Urgencias.
- Seguimiento estrecho de pacientes dados de alta de la unidad de agudos y que por su condición clínica lo precisen.
- Completar la valoración de problemas detectados en pacientes ingresados y que no precisan estudio intrahospitalario, favoreciendo el alta precoz.

Criterios de derivación a la consulta de Geriatría

Generales

- Edad superior a 75 años.
- Esperanza de vida superior a 6 meses.
- El anciano debe mantener la bipedestación y a ser posible caminar. No se debería admitir ancianos encamados que precisen ambulancia y camilla para acudir a la consulta, para ello disponemos de la Unidad de AGD.
- No se admitirán pacientes cuya única problemática sea la necesidad de recurso social determinado.

- Aunque no es imprescindible debería de ir acompañado de familiar si el paciente así lo desea. En caso de dependencia física o mental si que es necesario el acompañamiento del familiar o cuidador.
- Deberán aportar todos los informes previos y medicación actualizada así como breve informe indicando causa de la remisión y objetivos.

Clínicos

- *Pluripatología:* varias enfermedades asociadas *activas* y que requieran seguimiento por múltiples especialistas.
- *Polifarmacia:* pacientes con 6 o más medicamentos indispensables, con problemas de cumplimiento o reacciones adversas a medicamentos Deterioro funcional reciente: pérdida de capacidad de autocuidado (2 o más ABVD) sin causa evidente en los 6 meses previos
- *Desnutrición:* en ancianos no terminales por causa no conocida que causa deterioro progresivo del enfermo
- *Deterioro cognitivo:* de reciente comienzo que no ha sido sometido a estudio etiológico y que se acompañe de otras patologías que necesiten control
- *Trastornos afectivos* acompañados de otros trastornos médicos.
- *Demencias* con alteraciones del comportamiento que dificulte vivir en la comunidad y con poco deterioro funcional
- *Alteraciones de la marcha y caídas de repetición*

Actividad y Funcionamiento

GFH: GRT	2.013	2.014	2.016
CONSULTAS EXTERNAS			
1ª Consultas	1.359	1.340	1013
Consultas sucesivas	1.946	1.929	1.600
Total Consultas Externas	3.305	3.269	2613
Rel. suc. / prim.	1,4	1,4	1,6
A.P. (Consultas derivadas)	1.079	1.199	956
A.P. (Consultas realizadas)	885	889	697
Pacientes no presentados	333	351	300
Espera Media de pacientes	37,9	60,5	94,7
Demora 1C a último día mes	58	85	73

Organización de la actividad asistencial de las consultas externas Generales

La consulta es uno de los niveles que más ha sufrido los avatares de la crisis económica, con una pérdida de un 50% de adjunto lo que sin duda ha repercutido en su actividad habitual.

El techo semanal de las Consultas Generales de Geriatría es de 30 nuevos y 46 revisiones.

Se dispone de las siguientes consultas:

- *Consultas RV-26:* en ella cada adjunto de otras unidades (UGA, UME, AGR) incluido el jefe de Servicio, excepto el jefe de docencia y AGD (total 8 adjuntos) pasan consultas un día a la semana con un paciente nuevo y dos revisiones. De igual modo todos los días el adjunto de Hospital de día pasa consultas de lunes a viernes con dos nuevos y tres revisiones.
- *Consultas RV-21:* tres días, L-X-J, son consultas de Geriatría Generales con un adjunto sin residente con una agenda de 3 nuevos y 5 revisiones.
- Todos los días: en el primer hueco que dispone el adjunto de RV-21 o cuando por una u otra razón no está disponible, el adjunto de RV-26, contesta todas las peticiones de Valoración Previa por el Especialista.
- Martes, miércoles y viernes participan de las sesiones propias del servicio (martes y miércoles) como de las del Hospital (viernes).
- Los días de libranza sus agendas están cerradas con antelación.
- En RV-21 se dispone de la enfermera general de consultas y del personal de auxiliar de enfermería, con posibilidades de extracciones, realización de ECG y/o de curas pero no con la especialización de la consulta de RV-26 en donde la enfermera es la propia de geriatría.
- En RV-26 se dispone si es necesario de todo el hospital de día en cuanto a personal de enfermería lo que permite que sea una consulta más especializada y de más alta resolución con valoración si es preciso por parte de la terapeuta ocupacional para su inclusión si fuese necesario a este nivel.
- Todos los adjuntos participan al igual que en el resto de unidades de las sesiones clínicas del Servicio y del Hospital.

Consulta externa de Neurogeriatría

El área de la neurociencias y de la neurogeriatría en particular, es especialmente compleja. Los avances tecnológicos y científicos de las últimas décadas han determinado que la evaluación de los trastornos neurológicos en la población anciana requiera de una organización multidisciplinar.

Las consultas por deterioro cognitivo suponen en la actualidad entre el 40-50% de las visitas a los servicios de Geriatría y Neurología en nuestro medio. El Servicio de Geriatría y la Unidad de Neurología del Hospital Central de la Cruz Roja han unificado desde el año 2006 sus recursos asistenciales e infraestructura con el fin de desarrollar un programa específico y de afán integrador en el campo de la Neurogeriatría.

Definición y Objetivos

La consulta de neurogeriatría se basa en la atención integral al paciente con una enfermedad neurológica crónica, colocándolo en el centro del sistema. De esa forma se pretende mejorar la accesibilidad y el desarrollo de respuestas sanitarias integrales.

El objetivo es el de facilitar el acceso al sistema especializado de los ancianos frágiles con problemas neurológicos, ofertando una vía de entrada única, rápida y sencilla para esta población.

Actividad y funcionamiento

Es una consulta especializada de neurogeriatría, en donde un paciente es evaluado conjuntamente por un médico geriatra y un neurólogo. El perfil del usuario es el siguiente:

- Pacientes que presenten alteración cognitiva: Sospecha de trastorno de memoria u otras alteraciones cognitivas, Trastorno conductual de inicio reciente, Cambios en la personalidad progresivos, Trastornos del lenguaje progresivos, Trastornos perceptivos en forma de ideación delirante o alucinaciones.
- Trastorno de la marcha sugerente de origen neurológico.
- Trastornos del movimiento: Movimientos anormales y/o Temblor o bradicinesia.

Los recursos asistenciales de los que se dispone son los propios del Servicio de Geriatría y neurología así como del resto del hospital:

- Hospital de Día de Geriatría: tanto para estimulación funcional como inicio de neuroestimulación.
- Asistencia Geriátrica Domiciliaria, como apoyo a atención primaria, en casos de deterioro funcional severo con síndrome de inmovilidad y trastornos psico-conductuales de difícil manejo ambulatorio.
- Unidad Geriátrica de Agudos, para pacientes con enfermedad aguda o crónica reagudizada, en situación de fragilidad que pudieran requerir ingreso.
- Unidad de Media Estancia, orientada a la recuperación funcional y control clínico de pacientes con deterioro funcional potencialmente reversible (ACVA, trastornos de la marcha, caídas de repetición, enfermedad de Parkinson y otros parkinsonismos, síndromes de inmovilidad).

Organización de la actividad asistencial de Neurogeriatría

- El lugar de las consultas de Neurogeriatría es dentro de la Unidad de neurogeriatría y tiene asignado el mismo geriatra de consultas de RV 21, pasando consulta conjunta con el neurólogo los martes y los miércoles.
- Un día a la semana una neuropsicóloga hasta ahora contratada a través de becas de investigación por un laboratorio, realiza la correspondiente exploración neuropsicológica.
- Habitualmente un día a la semana suele haber una sesión multidisciplinar entre los neurólogos, geriatras y neuropsicóloga para comentario de pacientes.
- El adjunto participa al igual que el resto de las sesiones del Servicio y del Hospital.

HOSPITAL DE DÍA DE GERIATRÍA

Como se ha comentado el H de día de Geriatría fue el primer hospital de día geriátrico de España y con la nueva remodelación sin lugar a dudas constituye uno de los más modernos no solo de Madrid sino de España.

Definición y objetivos

El Hospital de Día Geriátrico (HDG) se define como un centro diurno interdisciplinario, integrado en un hospital, al que acude el anciano frágil o el paciente geriátrico, habitualmente con incapacidad física, para recibir tratamiento integral y/o valoración geriátrica y regresar posteriormente a su domicilio. Basándose en estas características los objetivos de HDG son:

- Valoración geriátrica integral de ancianos frágiles.
- Intervención rápida y tratamiento precoz, con el objetivo de prevenir un ingreso hospitalario.
- Tratamiento y rehabilitación activa, con el fin de que el paciente mantenga una autonomía mínima. Los HDG más eficientes son aquellos en los que los pacientes tienen una media de asistencias entre 10 y 20 (que corresponde a un “Índice de Pacientes Nuevos Corregido” = $[(\text{Nº de pacientes nuevos} \times 10) / \text{nº de asistencias totales}]$ entre 0,5 y 1.
- Cuidados médicos y de enfermería. El HDG puede ser un lugar adecuado para el control de tratamientos complejos, realización de técnicas, curas de úlceras complicadas, etc. Todo ello con los medios adecuados y sin que el paciente tenga que ingresar.

Actividad y funcionamiento

Para cumplir estos objetivos el HDG debe poseer además del equipo multidisciplinar (geriatra, personal de enfermería, terapia ocupacional, fisioterapia, trabajador social básicamente), medios físicos y un diseño arquitectónicamente adecuado así como un sistema de transporte diario. Nuestro HDG no dispone de fisioterapia y el transporte es a través de ambulancias comunitarias.

Nuestro H de Día dispone de una dos salas de terapia una de las cuales es también para comer con su office.

El Hospital de día sirve de apoyo a la Consulta de RV-26 lo que permite que se hagan extracciones de sangre, ECG, cultivos de úlceras, urocultivos, etc.

Desde el punto de vista de actividad asistencial los HDG más eficientes son aquellos en los que los pacientes tienen una media de asistencias entre 10 y 20 (que corresponde a un “Índice de Pacientes Nuevos Corregido” = $[(Nº \text{ de pacientes nuevos} \times 10) / nº \text{ de asistencias totales}]$ entre 0,5 y 1.

La actividad resumen de los últimos tres años:

GFH: GRT	2.013	2.014	2.016
HOSPITAL DE DÍA			
Edad media	82	84	84
Pacientes atendidos	258	280	196
Índ asistencia / Pacientes alta	14,4	13,8	14,6
Ganancia Funcional	19,8	15,1	16
Tratamientos	4.656	4.741	3.891
Transfusiones	36	52	28
Hospitalización de 1 día	53	53	49
1 ^{er} diagnóstico	Ictus (27%)	Fx cadera (26%)	Fx cadera (26%)

Paciente diana

Al igual que ocurre con la UME es importante que el ingreso esté supervisado directamente por el equipo, para que la eficiencia de la actividad asistencial sea mayor. Los pacienets candidatos son:

- Para el ingreso de un tratamiento rehabilitador cualquier paciente con algún grado de déficit funcional o dependencia potencialmente reversible, pero que mantenga un grado suficiente de movilidad para poder salir de su domicilio, es susceptible de acudir a un HDG (Índice de Barthel ≥ 60).
- Para el ingreso para un tratamiento médico, cualquier tratamiento médico hospitalario:
 - Transfusiones.

- Tratamiento médico Intravenoso (hierro iv, palmidronato, zolendronato).
- Cuidado de úlceras.
- Paracentesis, toracocentesis, biopsias.
- Hospitalización de un día (tratamiento intravenoso y observación de la disnea, sangrías, etc.).
- El H de Día dispone de dos camas independientes para realizar las actividades médicas expuestas anteriormente.

Organización de la actividad asistencial del H de Día

- De lunes a viernes de 09.00 a 15.00 horas: veinte puestos diarios de tratamiento rehabilitador. Un día los miércoles es de tratamiento de deterioro cognitivo, con estimulación psicomotriz.
- Asignado un médico adjunto y un residente.
- Todos los días el adjunto participa de lunes a viernes de la consulta de Reina Victoria 26 con dos nuevos y 3 revisiones.
- Se llevan a cabo sesiones interdisciplinarias con regularidad al menos quincenal, para valorar la evolución de los pacientes y planificar los cuidados al alta.
- Una vez finalizado la consulta en hospital de día participa de su actividad de evaluación geriátrica de los nuevos ingresos y de la actividad de procesos médicos (transfusiones, tratamientos iv, etc.) así como de la actividad del H de Día con revisiones de los pacientes ingresados, educación e información a pacientes y familiares, informes de alta.
- Cada semana sube junto con la terapeuta ocupacional un día determinado, generalmente los miércoles, aunque puede ser variable, a las plantas de UGA y UME para evaluación de pacientes candidatos tras el alta a dichas unidades.
- El adjunto participa al igual que el resto de las sesiones del Servicio y del Hospital.

HOSPITALIZACIÓN / ATENCIÓN GERIÁTRICA DOMICILIARIA

Igual que pasaba con el H de Día, también nuestro Servicio es el primero de la CM y de España que puso en marcha la Atención Geriátrica Domiciliaria

Definición y objetivos

La atención geriátrica domiciliaria (AGD) incluye una serie de programas con diversos objetivos asistenciales, que van desde visitas de carácter preventivo, hasta cuidados en el final de la vida, pasando por cuidados posteriores al alta. De ahí que esta diversidad de opciones quede reflejada en la definición de atención domiciliaria dada por la OMS: "la provisión de servicios de salud por parte de cuidadores formales o informales, en el hogar, con el fin de promover, restablecer o mantener el máximo grado de confort, funcionalidad y salud, incluyendo cuidados tendentes a dignificar la muerte. Los servicios domiciliarios pueden ser clasificados por categorías en promoción, prevención, terapéuticos, rehabilitación, cuidados crónicos y paliativos". Es de destacar que sea cual sea el objetivo específico de cada tipo de intervención, la prioridad es la de mantener al anciano en su domicilio con la mejor calidad de vida.

Pacientes diana

Los pacientes diana son los ancianos crónicos complejos y que dispongan un mínimo de soporte social para permitir que el paciente sea atendido en el domicilio.

Actividad y funcionamiento

Para cumplir estos objetivos AGD trabaja en equipo multidisciplinar disponiendo de todo el hospital para cuando lo necesite. La actividad que realiza AGD es la siguiente:

- Hospitalización domiciliaria: se define como: "un servicio que proporciona tratamiento activo por parte de los profesionales de la asistencia sanitaria, en el hogar del paciente, para una enfermedad que de otro modo requeriría la atención del paciente en un hospital de agudos, siempre durante un período limitado". Las patologías que pueden entrar dentro de este nivel de atención son muy diversas e

incluyen desde agudizaciones de procesos crónicos hasta algunos postoperatorios.

En nuestra AGD generalmente son reagudizaciones de su proceso crónico.

- Cuidados tras el alta hospitalaria: sirve como medida de enlace del alta hospitalaria, para facilitar la readaptación al domicilio y prevenir reingresos hospitalarios. Su estrategia se basa en asegurar el cumplimiento terapéutico y el abordaje clínico de problemas concomitantes, mediante visitas tempranas al alta y seguimiento durante 1-3 meses, con controles semanales, quincenales o a demanda.
- Cuidados crónicos y paliativos: Este tipo de atención tiene como objetivo el mejorar la calidad de vida de pacientes con deterioro funcional y/o mental graves, como consecuencia de enfermedades crónicas en estadio avanzado o en situación terminal de procesos neoplásicos. Sirve además como soporte a las familias hasta el fallecimiento de los pacientes.

Así pues nuestra Unidad de AGD desarrolla una actividad que combina el seguimiento hospitalario precoz para pacientes geriátricos con alto riesgo de reingresos o con altas precoces hospitalarias, junto con los cuidados de soporte.

Los pacientes son remitidos a través de interconsulta bien por cualquier servicio del H de la Cruz Roja, aunque básicamente es por las diferentes áreas del Servicio de Geriatría y, especialmente, a través de la interconsulta domiciliaria a petición de Atención Primaria para pacientes geriátricos complejos con deterioro funcional o mental moderado-severo que no requieren atención intrahospitalaria (supone más del 60%).

Datos de los últimos tres años:

GFH: GRT	2.013	2.014	2.016
AGD			
Edad Media	86	85	-
Pacientes nuevos	559	450	500
Estancia media	10,2	10	9,8
Días de espera media	7,6	6	8,9
% procedente de AP	66,00%	61,30%	66,10%
Nº visitas médicas	2.050	1.799	1979
Nº visitas enfermería	1.955	1.777	1959
COORDINACIÓN CON AP			
Reuniones en C de Salud	31	82	-
Pacientes comentados	233	618	-

Organización de la actividad asistencial de AGD

Al igual que la consulta AGD es el otro Servicio que más ha sufrido los recortes. Disponemos de dos equipos móviles para los distritos de Cuatro Caminos, Tetuán y Fuencarral. Se disponía de 1,6 médicos que con los recortes pasó a 1 y posteriormente se recuperó a 1,5, siendo actualmente debido a la demanda de su asistencia de dos médicos. Junto con ellos se dispone siempre que sea posible de 2 residentes.

- Un día a la semana cada equipo realiza una sesión conjunta mensual con cada centro de salud adscritos al programa, en horario de 13.45 h a 14.45 h para comentar pacientes activos así como otros problemas de coordinación entre AGD y AP.
- Un día al mes realizan sesiones interdisciplinarias los dos equipos con la trabajadora social, enfermería y administrativos con el objetivo de puesta en común de determinados problemas detectados cara a mejorar funcionamientos y actividad.
- Diariamente: a primera hora planifican la atención junto a enfermería con salida a las 10.00 horas a los domicilios y con regreso habitualmente a las 14.00 horas, por lo que a última hora es cuando completan historias, realizan llamadas y realizan gestiones de coordinación con otros especialistas para evitar el traslado del paciente al Hospital (Farmacia, dermatología, neurología, Radiología, etc).
- Participan al igual que el resto de las Unidades de las sesiones propias del servicio (martes y miércoles) como de las del Hospital (viernes).
- Los días de libranza la salida la realiza la enfermera-residente con la supervisión del resto del otro adjunto.
- Por último los médicos participan al igual que el resto de un día de consultas externas de 9,00h a 11.00 horas con un nuevo y dos revisiones.

HOSPITALIZACIÓN / ATENCIÓN GERIÁTRICA RESIDENCIAL

En Septiembre de 2002 se puso en marcha el programa de coordinación con residencias en donde a través de vía telefónica los médicos de las residencias podrían llamar al geriatra consultor sobre diferentes actividades asistenciales: Petición de ingreso, consulta de manejo y tratamiento, petición de consultas externas. Posteriormente se dio un paso adelante creando una unidad semejante a AGD pero de ámbito residencial: Atención Geriátrica Residencial (AGR).

Definición y objetivos

La atención al paciente crónico complejo que reside en los centros residenciales ha sido siempre una preocupación compartida en cuanto a dar respuesta a las necesidades sanitarias consiguientes según la complejidad y perfil de cada caso. La atención a la cronicidad ha brindado un marco de desarrollo de programas para mejorar dicha atención, con el objetivo básico de facilitar el acceso sanitario especializado al anciano institucionalizado racionalizando a la vez su coste sanitario.

AGR es una nueva unidad de soporte especializado al médico de la residencia y por ende al anciano crónico complejo residente en el tipo de atención que demande, con los objetivos de mejorar el acceso a dicha atención especializada del anciano institucionalizado sin necesidad de que el paciente tenga que desplazarse.

Actividad y funcionamiento

AGR está constituido por un geriatra consultor, con apoyo de trabajo social (coordinan petición de exploraciones complementarias, de ingresos y altas) y de enfermería del programa de atención geriátrica domiciliaria (en determinadas situaciones colaboran para sacar analíticas, supervisar úlceras por presión) y en el momento actual de la enfermería de enlace.

El Geriatra consultor acude de forma programada un día a la semana a cada residencia (en total actualmente son 6 residencias, total cerca de 2000 usuarios) con evaluación conjunta de pacientes con médico +/- miembros del equipo de la residencia, realizando:

- Consultas de Geriatría in situ, y si necesita de cualquier exploración complementaria se intenta que todas las pruebas se realicen en un solo día, recibiendo ya el informe de resultados en el siguiente día que acuda a la residencia.
- Favorecer el ingreso directo en la UGA sin necesidad de paso por urgencias (procesos crónicos reagudizados que no necesiten de un recurso quirúrgico).
- Favorecer el ingreso directo en H. De día (tto. iv de hierro, transfusiones, etc.).
- Favorecer el ingreso directo en la Unidad de Media Estancia (rehabilitación de procesos subagudos).
- Evitar ingresos con tto. iv si es posible en el medio residencial (antibióticos).
- Toma de decisiones conjunta en pacientes complejos.
- Apoyo sistemático en pacientes con enfermedades avanzadas al final de vida.

Resto de los días en que no se acude a las residencias la comunicación es telefónica para consulta del proceso que él médico considere y realización de ingresos hospitalarios directos de la residencia. Con respecto a indicadores funcionales todavía no hay claros indicadores ya que es una unidad nueva no solo en Madrid sino también en España con diferentes modelos de actuación. Los indicadores no obstante que hemos establecido son:

- 1^a y consultas sucesivas realizadas.
- Pacientes tratados con medicación iv en las residencias (ingreso claramente evitado).
- Ingresos hospitalarios realizados sin pasar por urgencias.

GFH: GRT	2014	2.015	2.016
AGD			
Edad media		85,5	83,3
1 ^a Consultas o visita		290	389
Consultas o visitas sucesivas		391	524
Total Consultas Visitas Residencia		681	865
Rel. suc. / prim.		1,5	1,3
Ingresos	46	77	69
UGA	46	72	65
UME	0	3	0
H DÍA	0	2	4
Estancia media ingresos	9,4	7,6	8,2
Consultas para otros servicios		23	42
TTO. IV en residencias		9	13

*Datos hasta el 1 de noviembre

Organización de la actividad asistencial de AGR

Se dispone de un médico adjunto para el programa de AGR con apoyo de dos trabajadoras sociales y actualmente de enfermera de enlace además de la posible participación del equipo de enfermería de AGD. Dispone de vehículo (foto al pie) en régimen de leasing por parte del Hospital. Actualmente las residencias que se visitan son las siguientes:

Lunes alternos: RPMM de Torrelaguna: 100 usuarios

Martes alternos: RPMM de Gastón Baquero (160 usuarios) / RPMM SS de los Reyes (140 usuarios de gestión indirecta).

Miércoles: RPMM de Colmenar Viejo (400 usuarios)

Jueves: RPMM de González Bueno (600 usuarios)

Viernes: RPMM de El Carmen (500 usuarios)

- Un día al mes realiza sesiones multidisciplinaria con las trabajadora sociales y enfermería con el objetivo de puesta en común de determinados problemas detectados cara a mejorar funcionamientos y actividad.
- Diariamente: a primera hora planifica la atención con salida a las 10.00 horas a la correspondiente residencia y con regreso habitualmente a las 14.00 horas, por lo que a última hora es cuando realiza gestiones de coordinación con otros especialistas (Farmacia, dermatología, neurología, Radiología, etc).
- Participan al igual que el resto de las Unidades de las sesiones propias del servicio (martes y miércoles) como de las del Hospital (viernes).
- Los días de libranza no son cubierto por ningún otro adjunto, dejando el móvil al médico de apoyo que generalmente es un médico de la UGA ya establecido previamente (Dra. Eva Fernández de la Puente).
- Por último el médico participa al igual que el resto de un día de consultas externas de 9,00h a 11.00 horas con un nuevo y dos revisiones.

Actividad Asistencial en los últimos 10 años

Se expone en una tabla apaisada se expone también toda la actividad asistencial de todo el Servicio de Geriatría de los últimos 10 años con la actividad actual según datos de control de gestión y propios del Servicio de Geriatría a fecha 1 de enero de 2017.

Aunque son muchos años, en donde el Servicio ha tenido numerosos cambios con crecimiento y disminución de recursos humanos (años de crisis con contención del gasto) podemos extraer por niveles los siguientes datos:

- *En todos los niveles ha habido un incremento notable de la edad de nuestros usuarios, como es ya bien sabido, siendo los pacientes atendidos en su mayoría mayores de 85 años, por lo tanto frágiles-geriátricos, vulnerables, o crónicos complejos.*
- **ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN:**
 - **AGUDOS (UGA):**
 - Tendencia a disminuir estancia media pasando de 11 a una estancia mantenida entre 9,5-10 días.
 - Índice de Mortalidad estable entre 10-11%
 - Tendencia más que clara de bajada de ocupación: del 91% al 82% actual, más marcado en el último año (-9%).
 - Dos son los GRDs más frecuentes en prácticamente todos los años: 544_ICC Y ARRITMIA CARDIACA CON CC MAYOR y 541_NEUMONÍA SIMPLE Y OTROS TRAST.RESPIRATORIOS EXC. BRONQUITIS Y ASMA CON CC MAYOR
 - **MEDIA ESTANCIA (UME):**
 - Importante disminución de estancia media pasando de 19 días a cerca de 15 días (+4 días, casi un 30% menos de estancia media).
 - Algo crónico y con repercusiones probablemente en el resto del hospital: la baja ocupación, con grandes esfuerzos que consiguieron subirlo del 70% en

2004 al 87% en 2012. Pero al igual que los expuesto en UGA, seria disminución en el año actual 2016, con un índice del 81,6% (-6,4%).

– **ÁREA DE ATENCIÓN COMUNITARIA O DE NO HOSPITALIZACIÓN:**

– **CONSULTAS EXTERNAS:**

- Un incremento notable, como consecuencia de la demanda de AP con apertura en el centro de especialidades de RV 21 de Geriatría en el año 2005 más la apertura de Neurogeriatría en el año 2006.
- Se ha ganado eficiencia en cuanto que la relación sucesivas / primera consultas ha pasado de 2,3 manteniéndose este año 2016 en 1,5.
- Pero a pesar de ello se ha incrementado alarmantemente el tiempo de espera de primera consulta pasando de solo 6 días a 97,8 días en el año 2016.

– **HOSPITAL DE DÍA GERIÁTRICO:**

- También ha aumentado su eficiencia en cuanto que atiende más pacientes con la misma relación de asistencia / pacientes alta (lo equivalente a estancia media): ha pasado de 229 pacientes atendidos en 2004 a 288 en 2015, con una “estancia media” igual de 13,8 (incremento de 59 pacientes que supone un 20% más)
- Por ello se ha aumentado de 4370 tratamientos en 2004 a 4741 en el 2014 (incremento del 8,4%, 371 tratamientos).
- De igual modo se ha incrementado actividades de hospital de día no solo rehabilitador sino médico como son el inicio de una alianza con hematología para transfusiones y terapia con hierro iv.

– **HOSPITALIZACIÓN / ATENCIÓN GERIÁTRICA DOMICILIARIA:**

- Ha mantenido tanto su actividad con vaivenes según la crisis y pérdida de adjuntos.

– **HOSPITALIZACIÓN / ATENCIÓN GERIÁTRICA RESIDENCIAL:**

- Unidad joven todavía en desarrollo que no está registrada en el control de gestión, y que todavía no tiene claros indicadores de actividad, por la falta de experiencias en esta unidad innovadora. Los datos como vemos han ido en aumento siendo una importante fuente de recursos para el hospital (77 ingresos, con estancia media menor (7,5 días vs 9,5 días) y una actividad de geriatra consultor de 681 pacientes vistos y seguidos en la residencia. Los datos de este año hasta octubre indican un claro crecimiento con aumento de pacientes consultados, de ingresos, de tto. iv en la residencia y de realización de consultas para el hospital.

RESUMEN DEL CUADRO DE MANDO SERVICIO DE GERIATRÍA 2005-2016												
GFH: GRT	2.005	2.006	2.007	2.008	2.009	2.010	2.011	2.012	2.013	2.014	2.015	2.016
UGA												
Edad media	84,9	84,5	86,2	85,6	86,3	87	87	87	87	87,2	87,5	87,5
Ingresos Totales	1.197	1.405	1.363	1.170	1.144	1.421	1.486	1.303	1.320	1.453	1.454	1.145
Estancia Media	10,40%	11,8	10,8	11,3	11	9,3	9,6	10,2	10,3	9,3	9,4	10,1
Mortalidad	11,40%	11,80%	10,80%	9,80%	10,90%	10,10%	11,30%	10,70%	11,70%	10,10%	11,50%	12,30%
No deterioro funcional						72,5%	69,6%	75,8%	77,6%	69,6%	64,6%	64,2%
Índice Ocupación	90,70%	87,90%	87,80%	90,50%	90,20%	84,60%	83,70%	82,90%	84,00%	85,60%	85,30%	80,50%
1er diagnóstico	EPOC (19%)	ICC (18%)	Ictus (21%)	EPOC (24%)	Neumo (19%)	Neumo (10,1%)	Neumo (16,7%)	Neumo (17,5%)	ICC (13%)	ICC (12%)	ICC (13,3%)	Neumo (18,5%)
UME												
Edad media	79,6	82,1	80,9	79	81,5	79	82	82	82	83	82,9	83
Ingresos Totales	327	358	328	382	391	477	494	459	429	388	411	388
Estancia Media	19,3	20,2	21,1	18,1	17,8	14,6	14,8	15,5	15,7	16,9	16,6	15,6
Ganancia Funcional alta						20	19	20	14,3	19,8	15,1	14,2
Índice de ocupación	70,00%	83,00%	78,00%	80,30%	86,00%	79,50%	86,00%	84,70%	87,30%	82,10%	89,30%	84,70%
1er diagnóstico	Ictus (35%)	Ictus (34%)	Ictus (31%)	Ictus (31%)	Ictus (38%)	Ortog (49%)	Ortog (51%)	Ortog (48%)	Ortog (63%)	Ortog (57%)	Ortog (57%)	Ortog (58%)
CONSULTAS EXTERNAS												
1ª Consultas	836	914	1.196	1.297	1.206	1.250	1.428	1.353	1.329	1.359	1.340	1013
Consultas sucesivas	1.886	1.839	1.988	1.979	2.125	2.004	2.064	1.882	2.044	1.946	1.929	1.600
Total Consultas Externas	2.722	2.753	3.184	3.276	3.331	3.254	3.492	3.235	3.373	3.305	3.269	2613
Rel. suc. / prim.	2,3	2	1,7	1,5	1,8	1,6	1,4	1,4	1,5	1,4	1,4	1,6
A.P. (Consultas derivadas)	819	909	1.008	1.010	924	1.018	955	961	1.019	1.079	1.199	956
A.P. (Consultas realizadas)	701	762	896	862	836	870	885	633	717	885	889	697
Pacientes no presentados	459	372	380	389	345	431	377	346	483	333	351	300
Espera Media de pacientes	6	15	18	15	12,3	11,2	19,9	21,2	26	37,9	60,5	94,7
Demora 1C último día mes	10	31	17	23	26	60	47	62	78	58	85	73

Neum= 541; ICC= GRD 544; Elaboración propia datos control de gestión y Memorias Asistenciales del Servicio de Geriatría.

RESUMEN DEL CUADRO DE MANDO SERVICIO DE GERIATRÍA 2005-2016												
GFH: GRT	2.005	2.006	2.007	2.008	2.009	2.010	2.011	2.012	2.013	2.014	2.015	2.016
HOSPITAL DE DÍA												
Edad media	80,2	80,3	81,1	81,3	81,2	81	81	82	82	82	84	84
Pacientes atendidos	229	247	242	304	284	281	141	148	241	258	280	196
Índ asistencia / Pacientes alta	13,8	14,6	17,4	13,1	14	13,8	15,5	16,4	15,2	14,4	13,8	14,6
Tratamientos	4.370	4.299	4.891	4.983	4.872	4.484	4.555	4.377	4.441	4.656	4.741	3.891
Ganancia funcional al alta						13,05	14,6	13,1	13,47	13,07	11,5	13,2
Transfusiones						10	36	47	34	36	52	28
Hospitalización de 1 día	57	60	57	3	63	33	56	61	67	53	53	49
1º diagnóstico	Ictus (22%)	Ictus (26%)	Ictus (55%)	Ictus (23%)	Ictus (21%)	ictus (24%)	Ictus (21%)	Ictus (26%)	Ictus (22%)	Ictus (27%)	Cadera (26%)	Cadera (26%)
AGD												
Edad Media	80,2	80,3	81,1	85	85	85	84	86	86	86	85	85
Pacientes nuevos	471	466	464	469	465	573	747	715	643	559	450	500
Estancia media	40,7	45,9	46	52,5	46,6	36,9	25,4	10,3	11,5	10,2	10	9,8
Días de espera media	4,5	5,2	5,5	4,6	5,5	5,5	5,7	5,9	6,6	7,6	6	8,9
% procedente de AP	71,00%	60,00%	60,00%	63%	65%	68,00%	67,00%	62,50%	71,10%	66,00%	61,30%	66,10%
Nº visitas médicas	2.179	2.052	2.078	1.927	1.680	1.800	2.144	2.618	2.595	2.050	1.799	1979
Nº visitas enfermería	2.404	2.095	2.052	1.931	1.755	1.691	2.085	2.689	2.435	1.955	1.777	1959
COORDINACIÓN CON AP												
Reuniones en C de Salud	60	62	63	60	60	82	71	80	42	31	82	80
Pacientes comentados	731	706	737	787	777	611	634	569	340	233	618	620
AGR												
Edad Media											85,5	83,3
1ª Consultas o visita											290	389
Consultas o visitas sucesivas											391	524
Total Consultas Visitas											681	865
Residencia											1,5	1,3
Rel. suc. / prim.											46	77
Ingresos											46	72
UGA											0	3
UME											0	0
H DÍA											0	2
Estancia media ingresos											9,4	7,6
Consultas para otros servicios											23	42
TTO. IV en residencias											9	13

*Datos Enero-Octubre 2016. Elaboración propia datos control de gestión y Memorias Asistenciales del Servicio de Geriatría.

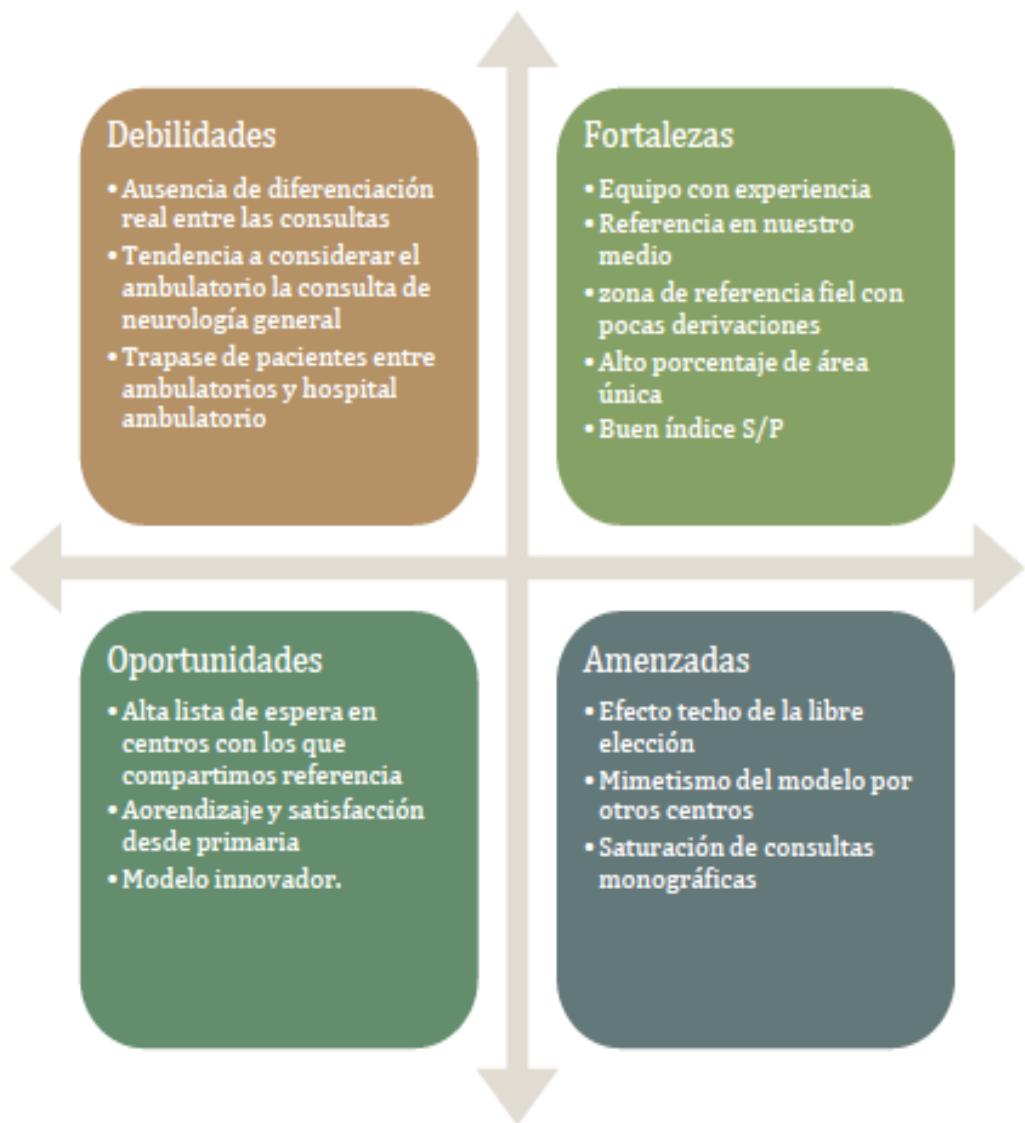
Análisis DAFO

Se realiza dos análisis DAFO por un lado de la Sección de Hospitalización y por otro de la sección extrahospitalaria.

El análisis DAFO de la hospitalización sería el siguiente:



El segundo es el análisis DAFO de nuestras sección extrahospitalaria que sería el siguiente:



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

Justificación del cambio. Ideario base del proyecto de gestión

Como se ha expuesto en los puntos anteriores de la memoria, el Hospital de apoyo de la Cruz Roja y por ende su Servicio de Geriatría se encuentran en un nuevo escenario:

- La atención a la cronicidad como uno de los ejes prioritarios de la política sanitaria de la CM, al igual que el garantizar una gestión sostenible del Sistema Sanitario con nuevas formas de financiación (pago capitativo, complejos hospitalarios).
- A pesar de encontrarse en situación aventajada en el marco de la cronicidad, tanto el Hospital como el Servicio de Geriatría, presentan una tendencia “peligrosa” hacia una disminución en algunos de sus indicadores de actividad.

Desde hace tiempo, sabemos que el gasto por paciente es mayor en los ancianos. Y se acumula en el último año de vida, siendo para los mayores de 65 años alrededor de un 25% de todo el gasto sanitario en dicha edad. Además no se han experimentado cambios en este comportamiento en los últimos 30 años (suponía un 28,3% en 1978 frente a un 25,1% en 2006). Es importante también señalar que dicho gasto se acumula en unidades internamiento (76,3% del gasto total en el último año de vida en el año 1978 era atribuible a la atención en hospitales, frente a un 70,3%, del año 2006).

Es decir el gasto se acumula en ancianos, en el último año de vida y en el hospital. Ante estas cifras a nadie le debe extrañar que una de las prioridades del sistema sanitario sea reducir las hospitalizaciones evitables (hay que buscar el ahorro allí donde se acumula el mayor gasto).

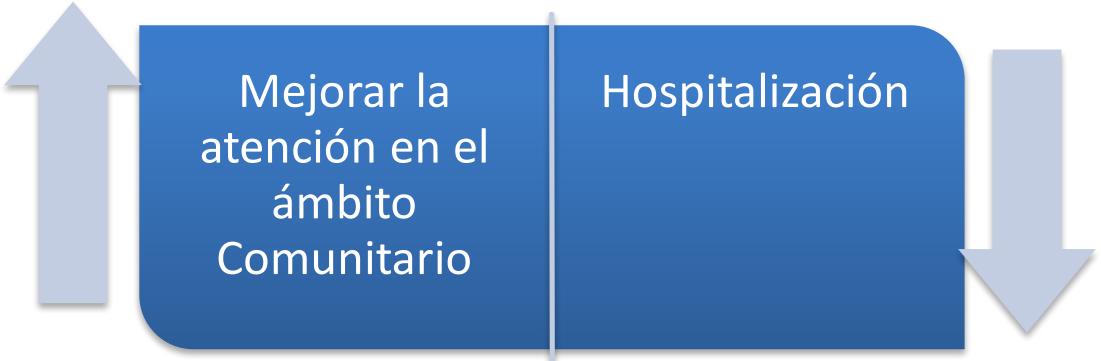
Pero el objetivo no es fácil y su reducción hasta la fecha ha sido imposible para muchos de los programas diseñados para reducirlas (enfermeras de gestión de casos, por ejemplo). Así el panorama actual es que (García Navarro, 2013):

- Cuantas más camas hospitalarias tiene una región determinada, más ingresos se realizan.
- Más recursos de atención de media estancia, más residencias de ancianos, más consultas especializadas o más servicios domiciliarios, por si mismos de forma aislada, no logran disminuir los ingresos hospitalarios potencialmente evitables.
- Por último si no se hace nada sino hay un cambio, cada vez se ingresará más y más.

El documento marco publicado por la OMS en el año 2005 (Amblás Novellas J et al, 2013) significó el punto de partida del cambio casi vertiginoso en el rumbo de las prioridades de los planes de salud, orientando a los programas de atención a la cronicidad. En el momento actual el paradigma de la planificación se podría sintetizar en la estrategia propuesta por Berwick et al: *Care, Health & Cost (mejorar la experiencia de atención, mejorar la salud y reducir costes)*.

Este escenario viene determinado por 2 ideas centrales:

- La primera, vinculada a los objetivos de mejora de atención y salud, los pacientes con enfermedades crónicas deberían poder ser atendidos prioritariamente en el ámbito comunitario, y sin duda esta es la realidad hacia donde tenemos que ir avanzando.
- La segunda, vinculada a gestión y coste, incide en la concentración de costes en las áreas de hospitalización, intentando que presenten el mínimo posible de ingresos.



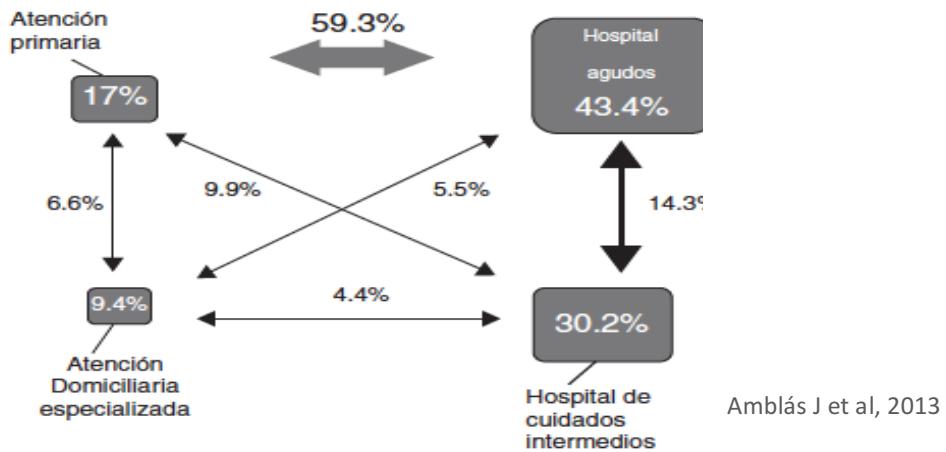
Pero visto así nos puede llevar a engaño y quizás está visión sesgada de disminuir los ingresos sin más es por lo que muchos de los programas han fracasado y se han tenido que retirar al aumentar incluso la mortalidad.

Por ello la cuestión de la disminución del coste hospitalario no debe de ser un objetivo en sí mismo, sino la consecuencia de una atención más adecuada, factible tanto en el ámbito comunitario como en el ámbito hospitalario, replanteando el abordaje del paciente crónico en las áreas de hospitalización.

Una aproximación razonable a la anterior afirmación, eje de este proyecto de gestión, es valorar la realidad asistencial a los pacientes crónicos con la evaluación de respuesta del sistema sanitario ante las crisis que éstos presentan. La literatura una y otra vez nos muestra:

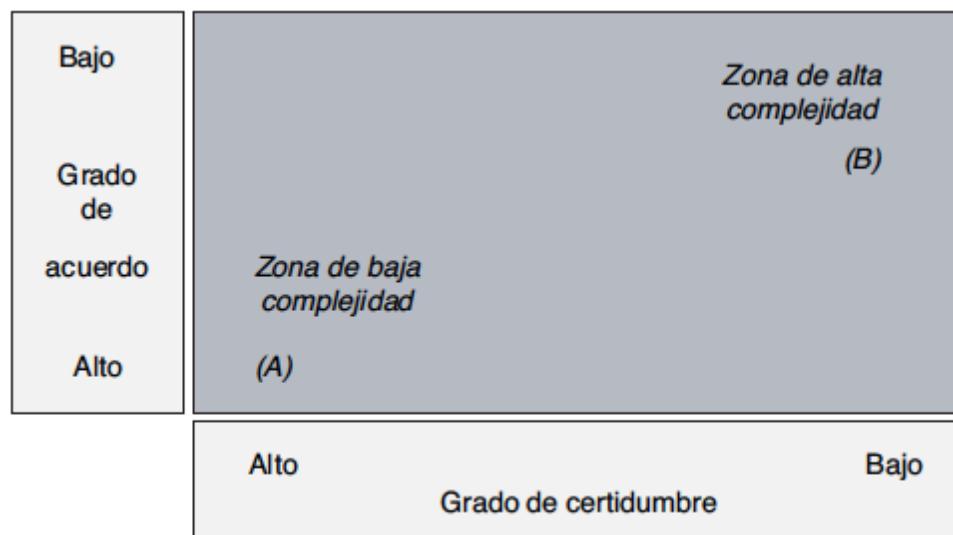
- Elevado número de transiciones en relación con las crisis (1-3 transiciones por cada crisis).
- La mayor parte de estas transiciones se producen entre atención primaria y el hospital.
- Bajo porcentaje de crisis se resuelven por atención primaria con un uso limitado de alternativas especializadas comunitarias.

Un ejemplo (precaución ya que no es un modelo como el nuestro), es el estudio del 2011 del Hospital General de Vic, con un hospital de cuidados intermedios de apoyo (Servicio de Geriatría con AGD): 1,3 transiciones por crisis, 59,3% de las transiciones eran entre AP y Hospital y solo un 17% se resolvieron en AP con uso limitado de solo un 9,4% de AGD.



Para seguir adelante es necesario ***romper algunos tópicos tradicionales***:

- ***Cambio en el significado de algunos indicadores clásicos de calidad*** como la valoración de los indices de ingresos y reingresos hospitalarios, que más que indicadores de resultado de mi actividad asistencial son indicadores de la fragmentación de nuestro sistema de atención.
- ***El paciente crónico anciano que atendemos es un paciente crónico complejo*** con polifarmacia, pluripatología, con estancias hospitalarias más prolongadas con riesgo de más complicaciones intrahospitalarios y de iatrogenia que condicionan peores resultados de proceso en hospitalizaciones tradicionales: mayor estancia media, mortalidad, institucionalización, readmisiones, etc. Además son pacientes que no siguen una trayectoria clínica de órgano (por ejemplo IAM en paciente adulto joven, caso A de la figura) con un diagnóstico, tratamiento y toma de decisiones bastante estructuradas, con niveles altos de acuerdo. Nuestros pacientes ancianos siguen trayectorias complejas (B) en donde un órgano afecta a otro con repercusiones funcionales y psicosociales, donde el diagnóstico y el tratamiento no están tan claros, y en donde ***la complejidad viene determinada pues por esta dificultad para la toma de decisiones***, que difficilmente son protocolizables.



Es sin embargo en esta tipología de pacientes donde la Geriatría ha mostrado sus beneficios (UGA, UME), por lo que de nuevo lo esencial no es solo dónde son atendidos los pacientes, sino en qué momento y de qué manera.

- **A igualdad de condiciones de atención en el domicilio, el hospital de agudos no es un buen lugar para estos pacientes.** Va a depender del nivel de complejidad del recurso de atención a domicilio de que se disponga. Pero ojo, el objetivo es garantizar la atención adecuada en cada momento, teniendo en cuenta que lo incrementa los costes es la mala utilización de servicios: “no hacer lo que toca, en el momento que toca”. De hecho algunos estudios comienzan a alertar del riesgo que la excesiva concentración en la reducción de hospitalizaciones pueda condicionar una atención inadecuada (Walsh EG et al, 2012). El problema de nuevo, no es el hospital de agudos, sino “cómo” atendemos a estos pacientes en el hospital y también, como seleccionamos aquellos pacientes en los que el proceso de hospitalización pueda aportarles algún valor añadido. Esto supone un cambio de paradigma: pasar del “volumen based” al “value based”. Es decir, con **una atención centrada en las necesidades de los pacientes**, los resultados pueden ser muy distintos tanto para el paciente como para el hospital.
- **Intentar ir hacia programas de integración:** en el contexto actual, las organizaciones basadas en niveles asistenciales, donde los profesionales trabajan compartmentadamente, SON OBSOLETAS. Pero para garantizar una atención integrada, no será suficiente con el acuerdo de las organizaciones para trabajar conjuntamente en un territorio (integration), es imprescindible que además, el paciente se beneficie del resultado de esta planificación (integrate care), siendo imprescindible una auténtica integración clínica entre los equipos y los profesionales. Esto lleva consigo principalmente el garantizar unas transiciones con adecuada comunicación entre profesionales y el garantizar un seguimiento e intervención coordinada entre AP y especializada, pos y prehospitalaria. Además de lo anterior es necesario una educación eficaz para facilitar el aprendizaje por parte del paciente y cuidadores, fundamental en procesos de alta prevalencia en Geriatría (ICC, demencia, etc.).

Las acciones aisladas difícilmente pueden cambiar los resultados. Así en la estabilidad el manejo y la valoración conjunta puede facilitar que la crisis disminuya en intensidad

y en número. Y en situación de crisis, el principal problema no debe de ser derivar al paciente a urgencias del hospital, sino el como les atendemos a estos pacientes en nuestras unidades y qué alternativas a la hospitalización de agudos les podemos ofrecer, sin menoscabo de calidad de atención. Y por último garantizar unas adecuadas transiciones entre el hospital y AP.

La valoración geriatrica integral, ha demostrado ampliamente su eficiencia en todos los ámbitos asistenciales y debe de ser la herramienta común en todo el equipo integrado, más allá de especialidades y niveles asistenciales.

- **Las necesidades asistenciales de los pacientes y las prioridades de gestión siempre deben de ser concurrentes:** sería demagogo no afrontar el tema de los costes. Pero hay que hacerlo desde la perspectiva de la sostenibilidad, más que desde el discurso del ahorro. Las bases deben de ser: Desarrollar nuevos sistemas de financiación; ayudar a las familias en el cuidado de pacientes con enfermedades crónicas; reducir la demanda de atención mediante programas de prevención y autogestión; mejorar la atención médica priorizando las intervenciones de alto valor. Entendido como valor los resultados de salud obtenidos (menor institucionalización, menor complicaciones, mejor situación funcional, etc.).

Mirando al futuro para saber si se avanza en la dirección adecuada tres son los factores críticos de éxito, clásicos en geriatría, pero novedosos en los programas de atención a la cronicidad:

- “**Armonización terapéutica**” para afrontar las situaciones de alta complejidad clínicas: son necesarios modelos de ayuda a la toma de decisiones y que concilien la voluntad de los pacientes con los objetivos clínicos plausibles y ajustados a sus valores (el paciente es el centro).
- “**Valor**”, entendida como la relación entre el coste y los resultados de salud obtenidos. Lo importante es el resultado de salud obtenido y no tanto el volumen de los servicios prestados. Por ejemplo ante una fractura de cadera si el paciente ha obtenido una buena recuperación funcional, sin iatrofenia añadida y retornando a su entorno comunitario habitual, esto habrá sido una atención con valor.
- “**Multiplicidad**” es más que multidisciplinariedad. Es integrar a todos los actores implicados (pacientes, familiares y cuidadores, gestores, profesionales de la salud y sociales) que debe de ser la base de la integración clínica esencial para la atención a los pacientes crónicos. Como elemento facilitador las nuevas tecnologías de la información desempeñarán un papel clave y serán herramientas de trabajo absolutamente imprescindibles.



Y con el ideario anteriormente expuesto cual es la situación del Servicio de Geriatría. Los Servicios de Geriatría deben de adaptarse a la actual situación y de forma urgente. El modelo clásico de Geriatría, de base únicamente hospitalaria, de talante reactivo y de actuación episódica, ya está obsoleto y debe desaparecer.

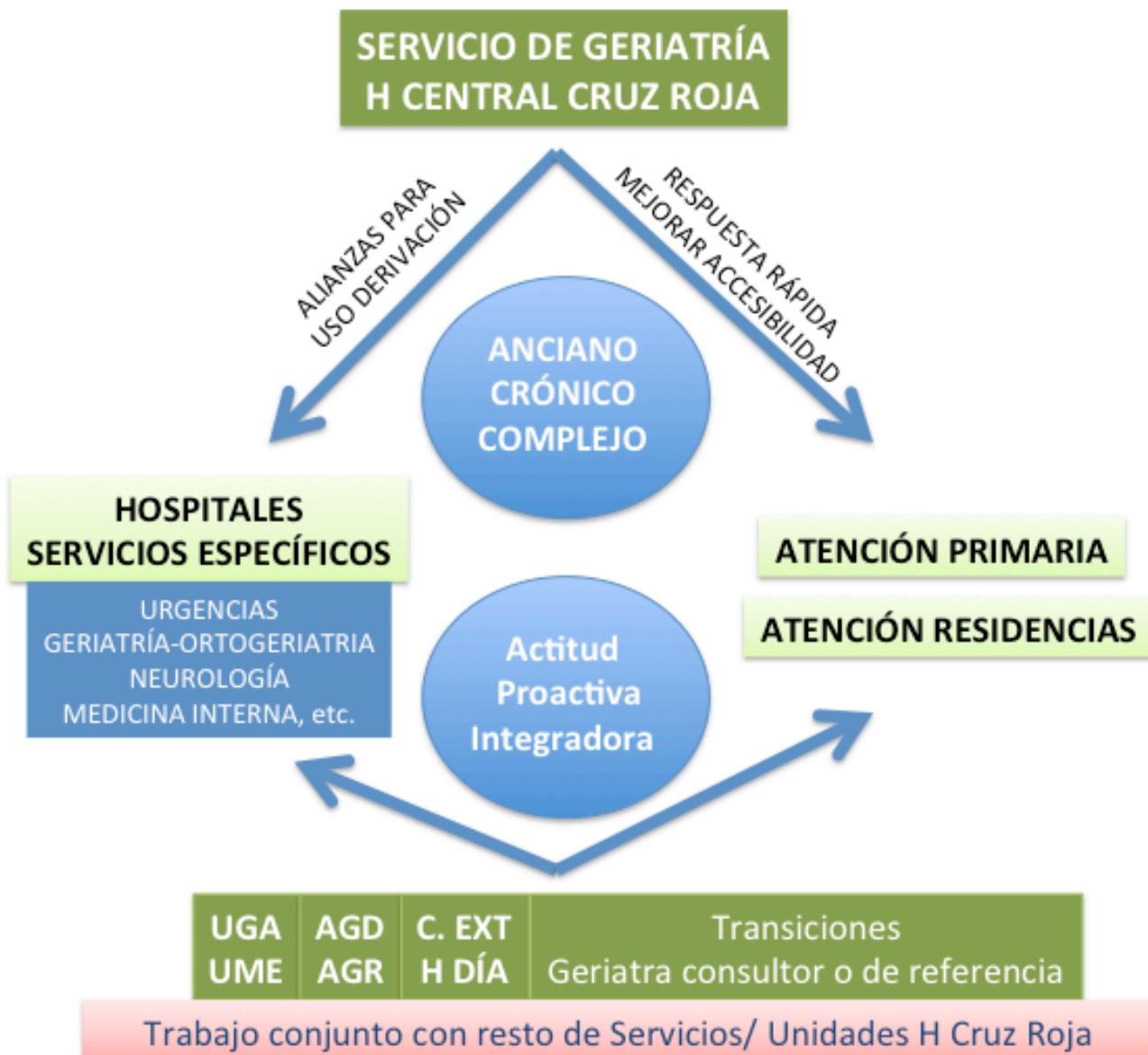
La atención del Servicio de Geriatría debe de ser proactiva y no reactiva. El inicio no debe de ser el hospital (la UGA). El inicio debe de ser el domicilio del paciente, incluyendo la residencia o el servicio de urgencias. Desde este inicio, se debe acompañar al paciente por todo el continuum asistencial (incluyendo la UGA y la UME) con el objetivo de su ubicación y seguimiento comunitario lo antes posible.

Todo ello en nuestro hospital, hospital no olvidemos médicoquirúrgico de apoyo, sin urgencias ni área establecida y con una tendencia de disminución en algunas actividades. Si no realizamos estos cambios y pronto corremos el riesgo que nos quedemos sin pacientes ya que estos acudan a sus respectivos hospitals de referencia y éstos no cuenten con nosotros para no perder su correspondiente pago capitativo.

En este sentido el Servicio de Geriatría debe de ir encabezando el cambio y al igual que de una empresa se tratase, ser proactivo en la búsqueda de clientes ya que dispone de una cartera de servicios inigualable. Así deberá de establecer alianzas, pero alianzas con carácter integrador con los diversos hospitales y servicios (Urgencias, Geriatría, Neurología, Medicina Interna, Traumatología) para garantizar aquellos servicios que ellos no tengan y nosotros les podamos ofrecer y/o servicios que les complementen (UME, AGR, AGD, H de día, UGA) y sobre todo con Atención Primaria garantizándoles sobre todo una respuesta rápida a sus demandas con programas nuevos de geriatra consultor-referencia, mejorando las transiciones y la accesibilidad a la consulta externa y consultas especializadas, y también bajo un prisma integrador.

El jefe de Servicio debe de ser el verdadero impulsor del cambio, liderandolo él mismo, siendo proactivo y no reactivo, buscando su propia “cartera de clientes” que garanticen su sostenibilidad y crecimiento de su UGC de Geriatría y con ello de todo el Hospital.

La siguiente figura expresa **el ideario del presente proyecto de gestión**, proyecto proactivo en búsqueda de usuarios en base a la cartera de servicios e innovando nuevas unidades en el marco de la estrategia de la atención a la cronicidad, no aislándose dentro del Hospital sino intentando ser nexo de unión con el resto de servicios en la atención a la cronicidad.



VISIÓN, MISIÓN Y VALORES DE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE GERIATRÍA

Así estos serían los principios:

- **VISIÓN:** ser referencia en la atención sanitaria, sociosanitaria y social y ser reconocida por su sensibilidad a las necesidades de sus clientes, por el compromiso y competencia de sus profesionales y por la excelencia de sus servicios en un entorno de formación, ciencia e innovación.
- **MISIÓN:** La razón de ser del Servicio de Geriatría del H Central de la Cruz Roja es ofrecer servicios sanitarios y sociales personalizados para mejorar el bienestar de las personas ancianas en cualquier momento de su proceso vital.
- **VALORES:** Profesionalidad, orientación al paciente, compromiso de los profesionales con la misión. Se mantienen absolutamente todos los valores resultado de un estudio tipo Delphi que se realizó en todo el Servicio de Geriatría (médicos, personal de enfermería, terapeutas, administrativos) en el año 2012-13:
 - Valores del Servicio ante el paciente anciano, su familia y el trabajo interdisciplinar:
 - El respeto.
 - La dignidad del anciano (valioso en sí mismo).
 - La autonomía en la toma de decisiones.
 - La información
 - La empatía con el anciano y su familia
 - La tolerancia
 - La solidaridad entre compañeros
 - Valores del Servicio ante la organización:
 - La implicación en los objetivos asistenciales y lucha por los medios adecuados para la atención al anciano
 - Respeto e implicación con el hospital.
 - Valores del Servicio de relación de los profesionales con la sociedad:
 - Evitar la discriminación por la edad
 - Exigir justicia social
 - Dar una imagen positiva del anciano.

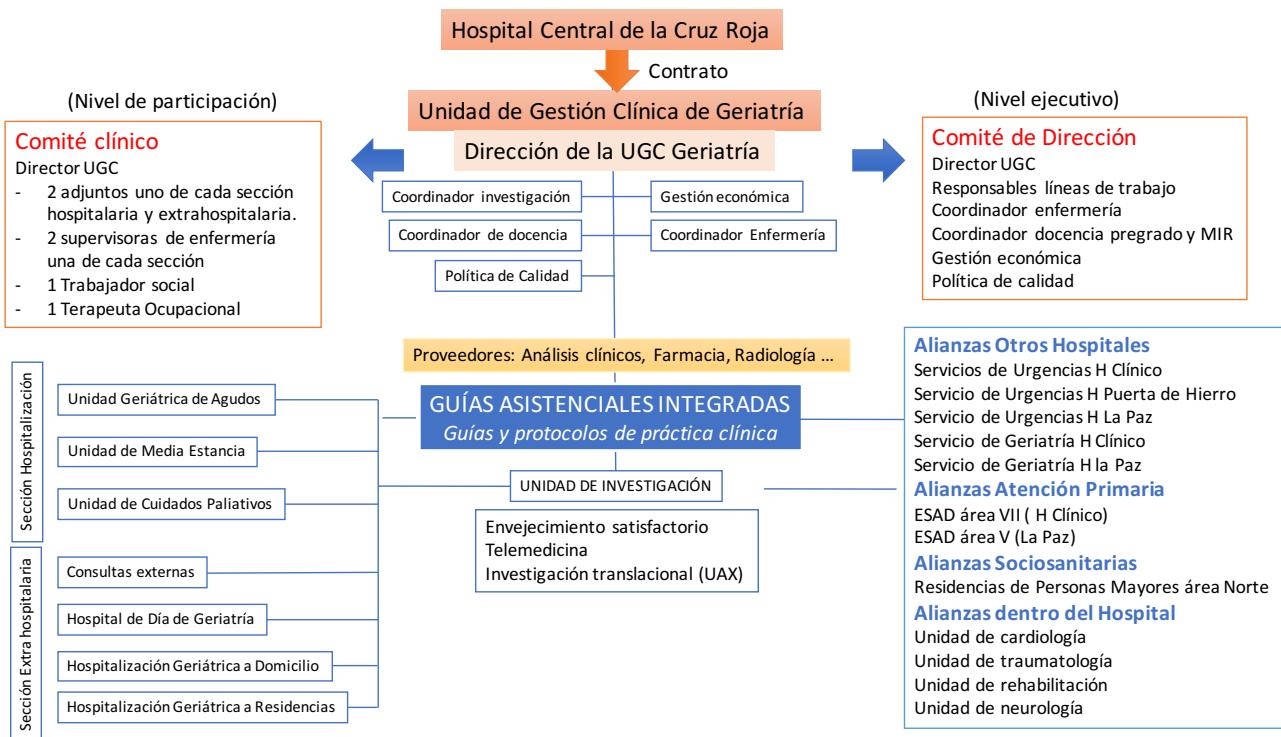
Líneas estratégicas

Las líneas estratégicas de la UGC de Geriatría se exponen también junto con sus objetivos en el punto del Cuadro de Mando Integral. Serían las siguientes:

- Potenciación de la Hospitalización Geriátrica Domiciliaria siendo referencia en la atención domiciliaria del anciano crónico complejo de la CM.
- Potenciar la utilización del H de día mejorando el manejo ambulatorio del anciano crónico complejo.
- Potenciación de la Hospitalización Geriátrica Residencial siendo marca innovadora en los modelos de atención hospitalaria sociosanitaria.
- Mejorar y aumentar la atención paliativa con el desarrollo de la unidad de cuidados paliativos y alianzas con ESAD para ingresos directos desde domicilio.
- Ocupación máxima de las unidades Hospitalarias tanto de Agudos como de media estancia, a través de nuestras alianzas con los servicios de urgencias de nuestro entorno.
- Acreditación de toda la formación continuada de la UGC de Geriatría
- Reacreditación como unidad docente multiprofesional
- Acreditación ANECA del profesorado del grado de Medicina

Modelo organizativo de la UGC de Geriatría y medidas prioritarias a realizar.

En la siguiente figura se resume el modelo:



La primera medida es que el Jefe de Servicio en la unidad de gestión clínica, trabajaría con el comité ejecutivo y con el comité clínico tal y como se expone en el cuadro, con el objetivo de que mes a mes valorar los diferentes indicadores de control de calidad del cuadro de mando que expongo más adelante. Esta información le permitiría conocer las desviaciones y los problemas que van surgiendo cuanto antes y no ya pasado un tiempo (meses) en que ya las correcciones son más difíciles y apresuradas.

Como responsable de la unidad de gestión clínica la modalidad de relación contractual, es decir el sistema de retribución variable e incentivos que consideraría más adecuado sería el siguiente:

Los incentivos se repartirían según la participación y resultados de los adjuntos a las líneas estratégicas del Servicio. Tendría una participación individual y otra de su aportación a la totalidad del Servicio.

Así las líneas estratégicas de participación de los adjuntos, serían:

- Participación en el pregrado.
- Participación en el postgrado como tutor de residente.
- Participación en las Comisiones Clínicas del Hospital.
- Participación en algunas de las líneas de investigación.
- Participación en los objetivos de la Unidad Correspondiente:

Objetivos pactados Servicio Geriatría años 2012-2016																
GFH: GRT		2012			2013			2014			2015			2016		
		Objetivos	Cumplimiento	Desvió		Objetivos	Cumplimiento	Desvió		Objetivos	Cumplimiento	Desvió		Objetivos	Cumplimiento	Desvió
UGA																
Estancia Media		< 10 días	10,2	-0,2	10,3	< 10 días	9,3	-0,7	9,4	9,4	10,1	+0,6				
Índice Ocupación		>87 %	82,90%	-0,4	84%	85%	85,6%	0,60	85,3%	85,26 %	80,5%	-4,76				
UME																
Estancia Media		< 15 días	15,5	+0,5		< 15 días	16,9	+1,9	16,59	≤16 días	15,6	-0,4				
Índice Ocupación			84,70%			> 85%	85,60%	+0,6	0,853	≥90 %	84,7%	5,3%				
Consultas Externas																
1ª Consultas		igual 2010	1353	75	1.329	1100	1.359	259	1340		1013					
Índice sucesivas/Primeras		1,4	1,5	-0,1	1,5	<2	1,4	0,6	1,4	≤1,4 4	1,6	+0,16				
Lista de espera 1 C		igual 2010	21,2	0,3	26	< 40 días	37,9	0	60,5	≤41	94,7	54,7				
Hospitalización a domicilio																
Ingresos			715		643	600	559	-49	450		500					
Estancia Media		< 25 días	10,3	9,7		< 11 días	10,3	0,7	10			9,8				
		Objetivo No cumplido														
		Objetivo Cumplido														

Cada participación tendría su correspondiente puntaje de 0 a 10 según su compromiso y participación. Dicha puntuación se obtendría por la puntuación objetiva de participación más la puntuación dada por su Jefe de Servicio y de sus propios compañeros.

La retribución variable tendrá:

- ***un 75% de su participación en las líneas estratégicas del servicio.***
- ***Un 25% de la consecución global de objetivos del Servicio con la Dirección.***

Por otro lado, la Unidad de Gestión Clínica podría tener ***incentivos para líneas estratégicas importantes***, como por ejemplo quitar listas de espera de consultas, con lo que se podría incentivar la consulta por la tarde o en investigación.

Las acciones prioritarias a llevar a cabo para poder mejorar la gestión de la UGC de Geriatría serían:

1. Alianzas con carácter Integrador con servicios (urgencias y Geriatría) de Hospitales:

- H Clínico San Carlos, La Paz, Infanta Sofía, Puerta de Hierro, La Princesa
- Hospitales de Media-Larga Estancia: H Virgen de la Poveda, Fuenfría, Guadarrama

2. Atención Comunitaria. Creación en el marco de la estrategia de atención al enfermo crónico de la figura del *Geriatra consultor tanto para AP como para residencias privadas:*

- Geriatra referente-consultor que mejore las relaciones con AP y sobre todo ordene al anciano crónico-complejo para disminuir lista de espera y a la vez proporcionar recursos al hospital (ingresos UGA, UME, H de día u otros servicios).
- Geriatra referente-consultor de residencias privadas del área de referencia bien del H Clínico bien de la Paz bien del H Puerta de Hierro.

3. Cambios a nivel organizativos del Servicio:

a. Hospitalización:

- Mejorar las transiciones: enfermera de enlace integrada totalmente en nuestras unidades hospitalarias.
- Mejorar en la política de uso de antibióticos.
- Protocolización y consenso en el manejo de al menos los dos GRDs más frecuentes (541 y 544).

b. Área Comunitaria:

- Acabar con la lista de espera tan marcada evitando los huecos dejados por los pacientes que no acuden a consulta y disminuyendo el índice de sucesivas /primeras consultas sobre todo en neurogeriatría, pasando a los pacientes a seguimiento por parte de Geriatría una vez diagnosticados y siempre que sean pacientes no complejos.
- Modificar nuestras consultas con la creación de dos nuevas consultas dependientes de H de día con lo que el tratamiento médico de éste crecería:

- Caídas (en conjunto con resto de servicios implicados sobre todo rehabilitación y Otorrino).
- Cardiología (en conjunto con Cardiología y Medicina Interna)
- El Geriatra consultor aludido antes absorvería las consultas generales dejadas por el H de día, es decir se encargaría de los dos nuevos y 3 revisiones a la vez que de su coordinación con atención primaria y residencia privadas.
- Consolidar HGD como un equipo integrado con AP y con el resto de equipos que trabajan en domicilio (ESAD y Asociación Española Contra el Cáncer).
- Consolidar HGR situando a nuestro hospital como referente y apoyo a los hospitales de apoyo de dichas residencias de gestión directa.

Profundizando más:

- ***En hospitalización dos acciones son prioritarias:***
 - Disminuir la variabilidad de resultados entre ellos en términos de uso de antibióticos y de estancia media. Para ello es necesario que el servicio disponga y consensúe, guías de actuación o protocolos de infección específicos de Geriatría (pueden y deben de realizarse en conjunto con la Comisión de infecciones) y de Insuficiencia Cardiaca, los dos GRDs más frecuentes de nuestra actividad. Todos los protocolos actuales están hechos hace más de 5 años por lo que deberían de poco a poco actualizarse.
En este sentido igualmente todo nuestro apoyo a que el hospital disponga de procalcitonina (sino es en nuestro propio laboratorio pues en el de otro hospital) ya que sin duda ayudaría a un mejor uso del manejo antibiótico en nuestros pacientes.
 - La segunda acción es mejorar las transiciones, en ello es clave la enfermera de enlace, con necesidad de trabajar más en equipo con todo el Servicio pero sobre todo con las Unidades de Hospitalización, con integración en los diferentes equipos.
- ***En las unidades de Atención Comunitaria:***
 - ***Consultas Externas:***

Es prioritario resolver el tema de las consultas, para ello mes a mes el jefe de servicio deberá de trabajar con admisión para ver los indicadores y sobre todo intentar tomar las siguientes medidas:

- Evitar la falta de asistencia a la consulta. Para ello no basta que el anciano reciba un SMS o una llamada de una central, ya que es una situación alarmante al menos hasta disminuir lista de espera, admisión debería de encargarse personalmente de llamar y asegurar que faltan los menos posibles a sus citas, y en caso de que esté confirmada su ausencia adelantar la cita a un anciano de la lista de espera. Hay una media de cerca de 300 pacientes que no acuden a la consulta que serían los que están en lista de espera a ser atendidos.
 - Intentar disminuir la relación sucesivas/primeras consultas sobre todo en Neurogeriatría, en donde una vez diagnosticados y si el paciente no es complejo (Alzheimer sin graves trastornos de conducta, la gran mayoría de las consultas) podrían pasar a Geriatría, descargándose así de revisiones y evitando así la lista de espera y poder atender a casos más complejos.
 - Si así y todo no disminuye se hace totalmente necesario el contratar a un geriatra como si de peonadas se tratase para quitar lista de espera, algo que ya se ha hecho en otras especialidades.
- **Hospital de Día:**
- Es un nivel que funciona bien, por lo que hay que potenciarlo, especialmente en tratamiento médico. Puede servir de apoyo para consulta monográfica de caídas y deterioro funcional, así como de apoyo para consultas de insuficiencia cardiaca
- Estas dos consultas creo que son fundamentales para mejorar nuestra cartera de servicios y sobre todo porque disponemos de los medios. Para ello la consulta de hospital de día quedaría de la siguiente forma:
- Un día a la semana para consulta monográfica de alta resolución en caídas.
 - Otro día a la semana para consulta conjunta con cardiología para insuficiencia cardiaca (bastante consensuada ya con el servicio de cardiología).
 - Esos tres días que el adjunto de H de día no realizaría en las consultas generales serían cubiertos por el Geriatra consultor o referente de Atención

Primaria y Residencias, que haría del H de día su centro base al igual que la actual AGR.

- ***Hospitalización Geriátrica Domiciliaria:***

Deberá consolidar los dos equipos con dos geriatras que sin duda aumentarán el número de pacientes nuevos continuando con su ya conocida actuación como de atención a la crisis del paciente anciano.

Al estar incluido HGD, dentro de la red de referentes y a través de las alianzas expuestas con AP, podríamos formar un equipo integrado de Atención domiciliaria formado por nuestra HGD, ESAD y la Asociación Española contra el Cáncer, que facilitaría nuestra actuación y podría garantizar ingresos a nivel hospitalación.

- ***Hospitalización Geriátrica Residencial:***

Sin duda la que más visos tiene de crecer en actividad y en utilidad cara al hospital. Su crecimiento es lo anteriormente expuesto con un nuevo equipo que sería el geriatra referente-consultor de residencias privadas y que garantizaría un flujo adecuado de pacientes hacia el hospital y del hospital hacia las residencias y no solo para Geriatría sino para el resto de servicios del Hospital.

Objetivos asistenciales

La tabla siguiente expone los objetivos asistenciales propios de la UGC alineados con sus líneas estratégicas de las diferentes unidades:

Líneas estratégicas	OBJETIVOS
	HOSPITALIZACION
UGA: Ser un referente en Geriatría: Mejorar la eficacia de nuestra atención con menor estancia media acompañada de no pérdida funcional.	<ul style="list-style-type: none"> - Estancia media <10 días - Ocupación >85% - Deterioro funcional al alta <15% - Mortalidad < 14% - Infección nosocomial <10%
UME: Mantener nuestra referencia de Unidad Geriátrica de recuperación funcional de las mejores de Madrid, con buena eficiencia funcional	<ul style="list-style-type: none"> - Estancia Media <20 días - Estancia Media proceso ortogeriatría <15 días - Ocupación > 80% - Grado de Recuperación funcional, medido por eficiencia funcional >1.2 - Nueva Institucionalización <15%
	EXTRAHOSPITALARIA
Hospital de Día: Potenciar su ocupación con mayor visibilidad por parte de AP, aumentando así la ocupación y manteniendo la eficiencia funcional	<ul style="list-style-type: none"> - Ocupación >80% - Estancias > 22 asistencias - Eficiencia funcional > 1 - Grado de Recuperación funcional, medido por eficiencia funcional >1.2 - Gestión de centros de día
Consultas externas Continuar nuestra referencia en la zona para el diagnóstico y manejo de la demencia y del deterioro funcional, intentando disminuir el número de citas fallidas y la espera	<ul style="list-style-type: none"> - Índice de primera sucesivas <1,4 - Procedencia de AP de pacientes nuevos >60% - Citas fallidas <5% - Tiempo máximo de espera: no más de 15 días.
Hospitalización Geriátrica a Domicilio: Continuar nuestra referencia para AP en el manejo en el domicilio del paciente crónico complejo, manteniendo procedencia de AP alta.	<ul style="list-style-type: none"> - Media de visitas médicas por paciente <6 - Estancia media <15 días - Tiempo máximo de espera: < 6 días - Procedencia de AP > 65%. - % de pacientes paliativos del programa de referentes de Cuidados Paliativos.
Hospitalización Geriátrica a Residencias Consolidar dicha unidad que lleva dos años funcionando como un apoyo sistemático al medio residencial, disminuyendo la frecuentación de las urgencias hospitalarias.	<ul style="list-style-type: none"> - Media de visitas médicas por paciente <6 - Estancia media <15 días - Tiempo máximo de espera: < 6 días - Disminución de ingresos a urgencias. - Ingresos directos en nuestra UGA.

Organización funcional de la docencia y propuestas de mejora

La labor docente en Geriatría es parte del trabajo diario tal como ya se viene señalando en los anteriores puntos del proyecto. Se realiza en 3 niveles básicos:

Formación continuada

La actualización de los conocimientos es fundamental para que el especialista pueda alcanzar y mantener un nivel adecuado de competencia clínica que le permita desarrollar el trabajo en el área asistencial de la Geriatría. Para poder llevar a cabo los programas de Formación continuada dentro de los hospitales la Comisión de Docencia y Formación continuada debe impartir la misma mediante métodos y actividades que faciliten la participación de los médicos en áreas de conocimiento específicos. Nuestro Servicio participa siempre de forma activa con la Comisión de Formación Continuada no solo en la propuesta de cursos, sino en la organización sino también como docentes.

Los diferentes facultativos del Servicio colaborarán de forma activa en las sesiones siguientes:

- Sesiones clínicas del servicio que se realizan de forma semanal (habitualmente los miércoles realizando revisión bibliográfica sobre el tema en cuestión de 8,15 a 9.00 horas).
- Sesión Formativa teórica de residents, también de realización semanal (habitualmente los martes de 8,15h a 9.00 horas).
- Sesiones Hospitalarias Generales habitualmente los viernes (8,15 h a 9.15h).

Por otro lado es habitual y se fomenta la asistencia a Reuniones Científicas, Cursos y Congresos médicos sobre temas específicos y actividades afines. Habitualmente por la actividad investigadora del Servicio siempre se presentan trabajos a los Congresos Nacionales de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología o bien al de Medicina Geriátrica. Igualmente se fomenta el presentar comunicaciones al congreso anual de la Sociedad Europea de Medicina Geriátrica.

Tal y como se recoge en la memoria, el nivel de prestigio de muchos de los adjuntos es tal que es habitual su participación habitual en conferencias, mesas redondas, cursos de diversa índole.

En el año 2015 según el informe de actividad del Servicio de Geriatría, la actividad de Formación continuada realizada por el Servicio fue la siguiente:

- Participación de adjuntos como ponentes en 13 eventos nacionales (Congresos, Jornadas, Cursos).
- Asistencia al Congreso Nacional de Geriatría en San Sebastián de 3 adjuntos.
- Participación como coordinadores o ponentes en 3 cursos-talleres realizados en el hospital.

Docencia pregrado de Medicina

El servicio juega un papel fundamental en el desarrollo de Medicina en todo le Hospital, siendo Dr. Javier Gómez Pavón, el coordinador de docencia pregrado del Hospital.

Así a la vez es el coordinador de la asignatura con más créditos del tercer curso de medicina, contando y organizando a más de 30 profesores. Como se ha comentado en la introducción (página 40), gracias a este impulse se ha conseguido el campus universitario con las dos aulas y sin lugar a dudas el unir a servicios por una acción común el enseñar Medicina en grado de excelencia.

Para ello Geriatría al igual que el resto de servicios, participa tanto en la parte teórica como profesores asociados (clases Magistrales, Seminarios) y sobre todo facilita su desarrollo curricular de los estudiantes de Medicina que realizan prácticas en el servicio.

La relación con la uax se inició ya en el 2012 recibiendo 10 alumnos dos días en semana que posteriormente en el año 2013 pasaron a 20 alumnos todos los martes, miércoles y viernes. La valoración positiva de los alumnos al igual que la buena respuesta del hospital hacia la Universidad sirvió para que en el 2014 nos encargarán la mission de coordinar y organizar todo la asignatura con 120 alumnos. Los resultados fueron tan positivos que en el 2015 se ha consolidado con la creación del citado campus.

En el año 2015 acuden a nuestro hospital dentro de la asignatura “Procedimientos Médico Quirúrgicos Generales”, 120 alumnos, realizando prácticas en esta occasion los martes, miércoles, jueves y viernes (alternos), con importante participación e integración con el

resto de servicios docentes del hospital (Medicina Interna, Neurología, Cardiología, Alergología, Digestivo, Endocrinología, Anestesia, Cirugía Vascular, Cirugía General, Cirugía plástica, y Traumatología). En dicha asignatura se espera una participación del Servicio de Geriatría de diez profesores asociados y/o tutores de prácticas tanto en el primer como en el segundo cuatrimestre.

Docencia MIR

Nuestro servicio tiene una larga trayectoria docente desde 1978, y al igual que ocurre con la docencia pregrado su participación es fundamental. La Unidad Docente de Geriatría tiene acreditación para 5 residentes nuevos al año que se renueva anualmente a instancias del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y con el informe favorable del Director Gerente y de la Comisión de Docencia. También recibe rotantes de los servicios de Geriatría de otros hospitales, tanto de la Comunidad de Madrid como de otras comunidades autónomas (Hospital de Segovia, H. Universitario de Guadalajara, H. U. de La Paz, H. U. de Getafe, Complejo Hospitalario de Toledo entre otros, previa aprobación por parte de la Comisión de Docencia).

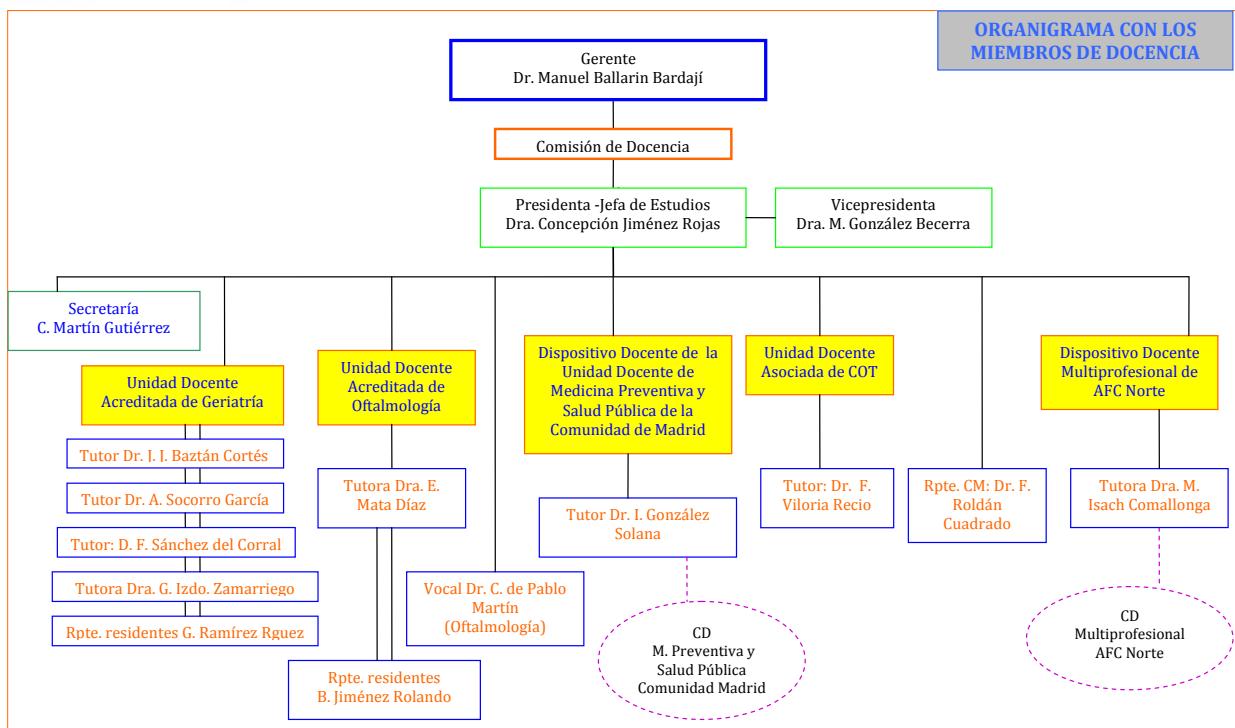
COMISIÓN LOCAL DE DOCENCIA MIR – es el órgano oficial que supervisa la docencia en el Hospital Central de la Cruz Roja, reuniéndose de forma ordinaria periódicamente y extraordinaria cuando se requiera.

Reuniones 2016: 4 Reuniones +3 comités evaluación.

MIEMBROS DE LA COMISIÓN DE DOCENCIA (curso 2014/2015)

1	Concepción Jiménez Rojas	PRESIDENTA/JEFA DE ESTUDIOS
2	Margarita González Becerra	Vicepresidenta
3	Montserrat Isach Comallonga	Tutora dispositivo docente de la Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria Norte
4	Esther Mata Díaz	Tutora de Oftalmología
5	Juan José Baztan Cortes	Tutor de Geriatría de 4º
6	Alberto Socorro García	Tutor de Geriatría de 3º
7	Francisco Sánchez del Corral Usaola	Tutor de Geriatría de 2º
8	Gloria Izquierdo Zamarriego	Tutora de Geriatría de 1º
9	Ildefonso González Solana	Tutor Dispositivo Docente de la Unidad Docente de Medicina Preventiva
10	Fernando Viloria Recio	Tutor Unidad Docente Asociada Traumatología
11	Belén Jiménez Rolando	Representante de los residentes de Oftalmología
12	Georgina Ramírez Rodríguez	Representante de los residentes de Geriatría
13	Carlos de Pablo Martín	Jefe de Oftalmología
14	Fernando Roldán Cuadrado	Representante de la Comunidad de Madrid
15	Carmen Martín Gutiérrez	Secretaria

El organigrama de la Comisión de Docencia es el siguiente, donde está representado todo el componente de docencia postgrado del Hospital y del Servicio de Geriatría:



Organigrama Centro Docente Hospitalario - Página 6 de 6

rev. marzo 2015 (doc.9)

La actividad de los residentes en el Servicio es rica, ya que además de participar en las sesiones del Servicio y del Hospital, se fomenta la realización de cursos y su participación en Jornadas y tal y como marca su itinerario formativo, se intenta que acudan al menos dos o más veces en los años de residencia a los Congresos Nacionales.

Igualmente la participación en las comisiones clínicas es alta:

RESIDENTES Y TUTORES EN LAS NUEVAS COMISIONES CLÍNICAS (JTA 13 mayo de 2014):

Comisión		
Biblioteca, Formación Continuada y D. Profesional	Juan José Baután Cortés	Tutor R4 Geriatría
	Beatriz Perdomo Ramírez	R3 GER
	Georgina Ramírez Rodríguez	R4 GER
Farmacia y Terapéutica	Alberto Socorro García	Tutor R3 Geriatría
Hospital Sin Dolor	Irene del Pilar Ales Siles	R4 GER
	M. Mejía Ramírez de Arellano	R2 GER
	Victor Manuel Reyes Reyes	R3 GER
Infecciones y Política Antibiótica	Patricia López Pardo	R GER
Mortalidad y Tejidos	M. Mejía Ramírez de Arellano	R GER-renuncia
Nutrición	Victor Manuel Reyes Reyes	R GER

Propuestas de mejora en Docencia

- ***En formación continuada*** se seguirá manteniendo el nivel, que viene dado por la calidad de los médicos adjuntos del Servicio de prestigio reconocido. Nunca se ha puesto ninguna traba a la participación en formación continuada, aunque se intentará que sea más repartida entre los diferentes adjuntos.
 - Se acreditarán todas las sesiones del Servicio y se harán interdisciplinares con otras especialidades de alianzas (médicos de residencias, cardiólogos, neurólogos, rehabilitación, etc) y multidisciplinares con participación de enfermería y trabajo social.
- ***En docencia pregrado de Medicina*** es un objetivo claro del Servicio como lo es del Hospital por lo que se seguirá potenciando y mejorando la calidad tanto de las prácticas como de la docencia, intentando acreditar la asignatura según ANECA e impulsar la realización de tesis doctorales para que mejore la acreditación docente pregrado del Servicio así como su acreditación como profesor asociado en universidad privada.
- ***En docencia MIR***, se seguirá potenciando la misma favoreciendo el desarrollo normal de la Comisión de Docencia, así como el trabajo de los tutores MIR. Pero una propuesta de cambio es que el Jefe de Servicio en su intención de proactivo, volverá a la commision de docencia MIR como vocal de la misma por parte de Geriatría con una mayor implicación siempre en equipo con todos los participantes (tutores, presidente y vicepresidente de la commision).
 - Una clara línea estratégica es la reacridatación docente como multiprofesional, para ello se trabajará en conjunto con el resto de profesionales para la reacreditación dentro de 1 año.

Actividad Investigadora y propuesta de mejora

La actividad investigadora es una de las labores fundamentales en toda Unidad de Gestión Clínica hospitalaria pero siempre de acorde a sus posibilidades. El objetivo general de investigación que UGC de Geriatría debe perseguir es la creación de una o más líneas estables de investigación sobre la patología prevalente propia de la especialidad, y actualmente según las líneas de investigación marcadas por la II Asamblea Mundial del Envejecimiento.

En este sentido las líneas de investigación que se han ido generando en el ultimo año son:

1.- Envejecimiento saludable. Realizado en conjunto con el Observatorio de la Salud del Mayor (Ayto. de Villanueva de la Cañada) y la Facultad de medicina de la Universidad Alfonso X el Sabio de Villanueva de la Cañada, Madrid. A través de ellos se han realizado los siguientes proyectos de investigación:

- “Evaluación de un programa de entrenamiento en condiciones de inestabilidad para la mejora de las actividades de la vida diaria en personas muy mayores”. Fundación Universidad Alfonso X el Sabio. Código: 1.010.421.
- “Evaluación del estado nutricional, físico, afectivo, cognitivo y social en personas mayores de los diferentes municipios de España: Proyecto NUPHYCO”. Federación Española de Municipios y Provincias- Red Española de Ciudades Saludables- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- “Estudio Características y necesidades sociosanitarias de las personas mayores en Villanueva de la Cañada: Estudio Villanueva Mayores I”. Concejalía de salud. Ayuntamiento de Villanueva de la Cañada- Facultad de Medicina Universidad Alfonso X el Sabio.
- “Estudio Características y necesidades de salud y salud bucal de las personas mayores en Villanueva de la Cañada: Estudio Villanueva Mayores II”. Concejalía de salud. Ayuntamiento de Villanueva de la Cañada- Facultad de Medicina Universidad Alfonso X el Sabio.
- “Estudio Características y necesidades de salud bucal de las personas mayores en Villanueva de la Cañada: Estudio Villanueva Residencias”. Concejalía de salud.

Ayuntamiento de Villanueva de la Cañada- Facultad de Medicina Universidad Alfonso X el Sabio.

2.- Telemedicina Móvil. Realizado en conjunto con la Fundación de la Universidad Alfonso X el Sabio de Villanueva de la Cañada, Madrid, con la realización de dos proyectos de investigación:

- “Teledermatología Móvil Geriátrica”. Fundación Universidad Alfonso X el Sabio. Código: 1.010.401.
- “Telemedicina móvil Geriátrica en Unidades de Hospitalización Domiciliaria y residencias”. Fundación Universidad Alfonso X el Sabio. Código 2.020.405.

3.- Unidad de investigación traslacional constituida con el departamento de Biología de la Universidad Alfonso X el Sabio, que siguiendo los cauces habituales utiliza nuestros pacientes para sus diferentes estudios.

Uno de los estudios que por ejemplo están en marcha en estos momentos es la existencia o no de receptores de estrógenos en los linfocitos de pacientes con demencia tipo Alzheimer. Para ello se utilizan pacientes procedentes de la unidad de neurogeriatría con diagnóstico tipo Alzheimer frente a otros de voluntarios sanos (sus cónyuges o familiares).

Existen reuniones de investigación en donde nos ponen al día de las diferentes investigaciones que se realizan en el servicio con el departamento de Biología de la Universidad Alfonso X el sabio, participando de lleno en nuestras sesiones y llevando sus resultados a nuestros congresos nacionales y europeos.

Propuestas de mejora en Investigación

Constitución de la unidad de investigación asociada con la fundación de la Universidad Alfonso X el sabio para potenciar y encauzar a su través la ayuda económica para dicha investigación.

Monitización del plan de gestión: Cuadro de Mando Integral

Como no puede ser de otra forma todo proyecto necesita de medir y según resultados tener flexibilidad para corregir y cambiar para mejorar dichos resultados.

De acuerdo a todo el proyecto presentado, el **Sistema de Calidad del Servicio** será consensuado con el equipo directivo, control de gestión y gestión económica además de con el resto de la UGC.

Dicho sistema debe de ser ágil, fácil de medir y sobre todo que dé resultados mensuales presentados para su análisis mensual.

En las tablas siguientes expongo el plan estratégico de mi Servicio, que está de acorde a cada una de sus unidades expuestas en la parte de contexto, con los objetivos y alcance, y los indicadores que vienen dados por parte del sistema de información habituales del hospital (Unidad de Gestión y Unidad de Admisión).

Líneas estratégicas	OBJETIVOS	INDICADORES
UGA: Ser un referente en Geriatría: Mejorar la eficacia de nuestra atención con menor estancia media acompañada de no pérdida funcional.	- Estancia media <10 días - Ocupación >85% - Deterioro funcional al alta <15% - Mortalidad < 14% - Infección nosocomial <10%	<u>Alertas diarias (centinela):</u> - Estancias >15 días - Ocupación <80% <u>Indicadores mensuales:</u> - Estancia Media y Ocupación media (cálculos habituales actividad dados por gestión) <u>Añadidos:</u> - Mortalidad - Infección nosocomial - % pacientes con Deterioro funcional al alta
UME: Mantener nuestra referencia de Unidad Geriátrica de recuperación funcional de las mejores de Madrid, con buena eficiencia funcional	- Estancia Media <20 días - Estancia Media proceso ortogeriatría <15 días - Ocupación > 80% - Grado de Recuperación funcional, medido por eficiencia funcional >1.2 - Nueva Institucionalización <15%	<u>Alertas diarias:</u> - Estancias >30 días - Ocupación <80% - Ortogeriatría: estancias > 15 días <u>Indicadores mensuales:</u> - Estancia Media y Ocupación (cálculos habituales actividad dados por gestión) <u>Añadidos</u> - Eficiencia funcional - Nueva institucionalización
Hospital de Día: Potenciar su ocupación con	- Ocupación >80% - Estancias > 22 asistencias - Eficiencia funcional > 1 - Grado de Recuperación	<u>Alertas diarias:</u> - Estancias > 22 asistencias. - Ocupación <80%

mayor visibilidad por parte de AP, aumentando así la ocupación y manteniendo la eficiencia funcional	funcional, medido por eficiencia funcional >1.2 - Gestión de centros de día	<p><i>Indicadores mensuales:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Asistencias y ocupación (cálculos habituales actividad dados por gestión) <p><i>Añadidos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Eficiencia funcional - % de gestión de centros de día. - N° de tratamientos médicos.
OBJETIVOS	INDICADORES	
<p>Consultas externas Continuar nuestra referencia en la zona para el diagnóstico y manejo de la demencia y del deterioro funcional, intentando disminuir el número de citas fallidas y la espera</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Índice de primera sucesivas <1,4 - Procedencia de AP de pacientes nuevos >60% - Citas fallidas <5% - Tiempo máximo de espera: no más de 15 días. 	<p><i>Alertas diarias:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Citas fallidas > 5% - Pacientes con tiempo de espera > 30 días. <p><i>Indicadores mensuales:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Datos de actividad habituales (1ª consulta, sucesivas, índice 1ª sucesiva, etc... desglosados por RV-21, RV-26 y neurogeriatría, dadas habitualmente por gestión). <p><i>Añadidos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - % pacientes nuevos procedentes de AP - % de citas fallidas - Tiempo medio de espera desglosado RV-21, RV-26, Neurogeriatría - N° de citas a >30 días desglosado RV-21, RV-26 y Neurogeriatría.
<p>Hospitalización Geriátrica a Domicilio: Continuar nuestra referencia para AP en el manejo en el domicilio del paciente crónico complejo, manteniendo procedencia de AP alta.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Media de visitas médicas por paciente <6 - Estancia media <15 días - Tiempo máximo de espera: < 6 días - Procedencia de AP > 65%. - % de pacientes paliativos del programa de referentes de Cuidados Paliativos. 	<p><i>Alertas diarias:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes con tiempo de espera > 7 días - Pacientes con estancia media > 30 días <p><i>Indicadores mensuales:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Datos de actividad habituales dados por gestión (nuevos, altas). <p><i>Añadidos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - % Pacientes con necesidades paliativas - Visitas médicas por paciente - Estancia media - Tiempo medio de espera - Procedencia de Atención Primaria
<p>Hospitalización Geriátrica a Residencias Consolidar dicha unidad que lleva dos años funcionando como un apoyo sistemático al medio residencial, disminuyendo la frecuentación de las urgencias hospitalarias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Media de visitas médicas por paciente <6 - Estancia media <15 días - Tiempo máximo de espera: < 6 días - Disminución de ingresos a urgencias. - Ingresos directos en nuestra UGA. 	<p><i>Alertas diarias:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes con tiempo de espera > 7 días - Pacientes con estancia media > 30 días <p><i>Indicadores mensuales:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Datos de actividad habituales dados por gestión (nuevos, altas). <p><i>Añadidos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - % de pacientes tto. iv en la residencia - % de pacientes ingresados y desglosado (UGA, UME) - % de pacientes con tto. en H de día - % de consultas otros especialista demandados - % de ocupación hospitalaria realizado por AGR

5. Currículum

5.1. Perfil profesional del candidato

1.- FORMACIÓN ACADÉMICA

- A) LICENCIADO CON GRADO EN MEDICINA Y CIRUGÍA POR LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID. 1989
- B) GRADO DE DOCTOR POR LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID (2002)
- C) TITULO DE ESPECIALISTA EN GERIATRÍA DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CIENCIA, CON FECHA 22 DE JULIO DE 1995, REALIZADO EN H CLÍNICO SAN CARLOS. MADRID.
- D) MASTER EN BIOÉTICA Y LEGISLACIÓN. UNIVERSIDAD REY JUAN CARLOS I. MADRID 2012.
- E) MASTER EN MEDICINA PALIATIVA Y TRATAMIENTO DE SOPORTE DEL ENFERMO CON CÁNCER. UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID. 2003
- F) MÁSTER EN METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS DE LA SALUD. UNIVERSIDAD ALFONSO X EL SABIO. 2013.

2.- ACTIVIDAD PROFESIONAL

- A) MÉDICO INTERNO RESIDENTE DE LA ESPECIALIDAD DE GERIATRÍA (CONVOCATORIA 1988)
HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CARLOS, MADRID (ENERO 1992-ENERO 1996)
- B) HOSPITAL MONTE SINAI (FEBRERO-MAYO 1995): PROGRAMA VISITING FELLOW IN GERIATRICS MEDICINE.
- C) FACULTATIVO ESPECIALISTA DE ÁREA RESPONSABLE DE GERIATRÍA EN EL HOSPITAL VIRGEN DE LA POVEDA (DESDE 16/09/1996 HASTA 06/12/2001)
- D) SERVICIO DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL CENTRAL DE LA CRUZ Roja:
MÉDICO ADJUNTO DESDE EL 10 DE DICIEMBRE DE 2001-MAYO 2016
JEFE DE SERVICIO DESDE EL 4 DE MAYO DE 2016 .

3.- ACTIVIDAD INVESTIGADORA

- A) PROYECTOS FIS-AETSS: 4
- B) PUBLICACIONES EN REVISTAS CIENTÍFICAS:
 - INDEXADAS EN MEDLINE: 37
 - OTRAS REVISTAS BIOMÉDICAS: 26
- C) PARTICIPACIONES EN CONGRESOS:
 - PONENCIAS: 35
 - COMUNICACIONES

- CONGRESOS NACIONALES: 50
- CONGRESOS INTERNACIONALES: 22

– D) PUBLICACIONES:

- LIBROS: 3
- CAPÍTULOS EN LIBROS: 24

4.- ACTIVIDAD DOCENTE

A) Profesor Asociado grado en Medicina de la Universidad Alfonso X el sabio.

B) Participación en la Docencia de MIR en Geriatría desde 1994-actualidad

- a. Tutor específico Promoción 2008-2012.

C) Publicaciones:

- Libros: 3
- Capítulos en Libros: 36

D) Cursos Impartidos:

- a. Programa de posgrado (másters): 46
- b. Curso de formación continuada médicos y a residentes: 110

E) Cursos Recibidos: 62

5.2. El jefe de Servicio. Legislación. Funciones.

En tiempos remotos, la figura del médico ocupó un lugar preponderante, que apenas dejaba espacio para la colaboración de otros profesionales. Su intervención no estaba mediatizada por ningún otro elemento externo, pero soportaba una exclusiva responsabilidad individual. Actualmente, el conocimiento científico obliga al ejercicio de la medicina en equipo (interprofesional), diferenciándose una actuación horizontal “*médico-anestesista...*” y otra actuación vertical “*médico-auxiliar...*”.

Desde la sencillez en las labores de coordinación y el mantenimiento del secreto profesional propias de la medicina tradicional, hemos pasado a una gran complejidad debido al carácter multifactorial de la asistencia actual (varios profesionales en áreas distintas: urgencias, atención primaria, especialistas, enfermeras, auxiliares, quirófanos, etc...), correspondiendo a los responsables de los diferentes servicios las labores de dirección, planificación, coordinación, liderazgo y gestión.

La limitación de los recursos ante el aumento del catálogo prestaciones, exigencia de una mayor calidad de los servicios y demanda de los usuarios, es motivo de conflicto, lo que obliga a un complicado ejercicio de priorización y búsqueda de alternativas. La irrupción de la Bioética y el Derecho Sanitario vienen a modular la forma de establecer y solucionar los conflictos sobre los valores y los bienes de salud, obligando al responsable de cualquier servicio a adquirir conocimientos y habilidades en la citada doctrina, en mi caso el disponer de un Máster de Bioética y Bioderecho, ayuda a dicha toma de decisiones.

La esfera de la responsabilidad del Jefe de Servicio ante el Derecho abarca la responsabilidad civil, penal, disciplinaria, deontológico y la patrimonial (quebranto monetario con desviación de fondos públicos para otro fin distinto al asignado).

Labor ardua, compleja y difícil, porque su delimitación no ha merecido la atención de nuestros legisladores, ya que no existe norma jurídica alguna que delimite con claridad esta responsabilidad, tampoco existen estudios doctrinales que hayan abordado este tema y, ni siquiera, el Estatuto Marco recoge criterios que nos orienten sobre el mismo.

En la responsabilidad de la Jefatura de Servicio, merece resaltar que:

1. Se ejerce sobre otros profesionales que también tienen su propia responsabilidad individual en la atención sanitaria.

2. La resolución de no pocas situaciones conflictivas pudieran requerir conocimientos de disciplinas ajenas al mundo de la salud (conflicto de valores “Bioética”, posicionamiento del “Derecho Sanitario” garante del sentir general de una sociedad).
3. Su carácter multidisciplinar obliga a relacionarse con otras médicos de otros Servicios en donde de nuevo se aplicarían los puntos 1 y 2.

Disposiciones administrativas específicas que hacen referencia a las relaciones de trabajo de los jefes de servicio

Los jefes de servicio pueden regirse por una relación administrativa pura (*funcionarial*), por una relación laboral (*sometida, en consecuencia, al Estatuto de los Trabajadores y a los Convenios Colectivos*) o por una relación estatutaria (*la más generalizada*), distinguiendo aquellas que son aplicables a todo el Sistema Nacional de la Salud y, aquellas aplicables solamente a alguna Comunidad Autónoma.

- Disposiciones de carácter estatutario aplicables a todo el SNS

- *Orden del 7 de julio de 1972, por la que se aprobó el Reglamento General para el régimen de gobierno y servicio de las instituciones sanitarias de la SS.*

Aunque en lo que se refiere a instituciones cerradas de la SS dicha Orden ha sido derogada por el RD 521/87, tiene interés porque contiene un conjunto de funciones atribuibles a los jefes de servicio y ha servido de base a muchas sentencias, hasta ahora, como elemento interpretativo. En sus artículos 71, 72 y 73 se desgranan las funciones de los jefes de servicio, de los jefes de sección y de los éticos adjuntos.

- *Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, por el que se aprueba el Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de los hospitales gestionados por el INSALUD.*

En dicho Reglamento el jefe de servicio forma parte de la Junta técnico-asistencial y es objeto de algunas disposiciones específicas que afirman (Artículo 25.2) que “los responsables de los servicios médicos tendrán la denominación de Jefes de Servicio y estarán bajo la dependencia inmediata del Director Médico” y que perfilan su contenido y funciones, si bien de manera somera, al decir (Artículo 26) que “*los Jefes de Servicio serán responsables del correcto funcionamiento de los mismos y de la actividad del personal a ellos adscritos, así como de la custodia y utilización adecuada de los recursos materiales que tengan asignados*”.

- *Ley 30/1999, de 5 de octubre, de selección y provisión de plazas del personal estatutario de los servicios de salud.*

Dicha ley ha sido derogada (*disposición derogatoria única punto 1, apartado c*), aunque se mantienen sus principios generales, por la ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.

- *Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) (Ley 44/2003, de 21 de noviembre)*

En un intento de llenar la laguna producida por la penuria normativa sobre las funciones que deben asistir al responsable de un servicio clínico, la LOPS introduce, entre los principios generales del ejercicio profesional, uno que hace referencia a la eficacia organizativa de los equipos (servicio, sección, unidades...). Para el logro de dicha eficacia contempla, entre otros:

- La existencia escrita de normas de funcionamiento interno y de definición de objetivos y funciones, tanto generales como específicas, para cada miembro del equipo.
- A propósito de las relaciones interprofesionales y el trabajo en equipo, establece que cuando una actuación sanitaria se realice por un equipo de profesionales, se articulará de forma jerárquica o colegiada, atendiendo a criterios de conocimiento y competencia, titulación, confianza y conocimiento recíproco, capacidades, principios de accesibilidad y continuidad asistencial de las personas atendidas (*lo que parece referirse, por primera vez, a los principios jerárquicos y horizontal, aunque de una manera genérica*).
- La posible delegación de actuaciones dentro de un equipo de profesionales, admitiendo la misma siempre y cuando estén previamente establecidas las condiciones conforme a las cuales, dicha delegación o distribución de actuaciones pueda producirse (*toda una novedad*). Sin embargo establece como condición necesaria, que la capacidad por parte de quien recibe la delegación deberá ser objetivable y, siempre que sea posible, con la oportuna acreditación.

El jefe de servicio y la responsabilidad

Aunque la exigencia del responsabilidad al jefe de servicio, por parte de los pacientes atendidos en la unidad que éste dirige, no alcanza cotas equiparables a las de los países de nuestro entorno, se trata de una cuestión delicada que, llevada a sus últimas consecuencias, puede generar lo que se conoce como “medicina defensiva”, con la consiguiente inefficiencia, riesgos innecesarios para el paciente y transgresión de la ética.

El en ámbito del Derecho Sanitario y con carácter general, se distinguen las siguientes clases de responsabilidad: penal, civil, disciplinaria, deontológica y patrimonial o de las Administraciones Públicas.

De todos es conocido que la obligación del profesional es la de prestar cuidados que sean conformes al estado de la ciencia en el momento en que se presta la asistencia “*obligación de medios*”, y no la de obtener la curación del paciente en todo caso “*obligación de resultados*”; de lo que se desprende que el fracaso o error del profesional no es siempre equivalente a un suceso del que el facultativo tendrá que responder, así como la obligación y compromiso permanente de actualizar sus conocimientos.

Responsabilidad Penal

Surge cuando se produce un delito o una falta “*infracción grave o leve*”, siendo los más frecuentes los casos debidos a imprudencia. En el ámbito penal, las Administraciones Públicas o las empresas, en su caso, para las que trabajan los profesionales, sólo son responsables civiles subsidiarios (*pasan una vez el profesional acredite su insolvencia para hacer frente a la indemnización y siempre que los daños resulten como consecuencia directa del funcionamiento de los servicios sanitarios*). Se comprende la importancia que tiene la existencia de un seguro de responsabilidad civil.

Para que un acto médico no incurra en responsabilidad penal (mayor preocupación de los profesionales sanitarios), debe reunir necesariamente tres requisitos:

1º Que se lleve a cabo por un profesional debidamente titulado (problemática de los “mestos” y “MIR”). Ante su incumplimiento nuestras leyes establecen el delito de “intrusismo” castigando la usurpación de funciones

2º Que se haya obtenido el consentimiento del paciente

3º La observancia de la “lex artis” (reglas propias de la profesión), que se traduce en el deber objetivo de cuidado que se debe prestar en la atención sanitaria y cuya infracción puede originar el delito o la falta de imprudencia.

La exigencia de responsabilidad penal detiene, momentáneamente, el resto de las responsabilidades cuando son los mismos hechos los que tienen que depurarse ante los diferentes tribunales competentes.

En el ámbito penal, la complejidad de las relaciones que se derivan de la actuación en equipo, ha llevado a nuestra jurisprudencia (Tribunal Supremos) a delimitar las diferentes responsabilidades a través de lo que se conoce como “*principio de confianza*”.

Responsabilidad Civil

Es sinónimo de indemnización. “Responsabilidad contractual” es la que deriva de un contrato previo (*enfermo que solicita los servicios de un médico*), o “responsabilidad extracontractual” que no deriva de ninguna relación contractual con el asegurado o beneficiario (*profesionales de la Administración Pública*). Esta responsabilidad indemnizatoria es solidaria (*opera tanto entre los profesionales que ha intervenido directamente en los cuidados, como en relación con la Administración o empresa para los que trabajen. Esto es, todos son responsables solidariamente por el todo*). Sin embargo, en el SNS no es posible reclamar a un médico de manera individual una indemnización como consecuencia de la actuación del profesional, ya que sólo cabe exigirla de la Administración Pública (la llamada responsabilidad patrimonial). En consecuencia, solo cuando el profesional sea condenado en vía penal se le podrá exigir, al mismo tiempo, la responsabilidad civil. En este sentido es manifiesta la tendencia jurisprudencial que obliga a l profesional demandado a probar los hechos ocurridos. Además, se ha abierto paso a la llamada teoría del “*resultado desproporcionado*” (corriente generalizada en Europa) atribuible a la acción u omisión del profesional.

Responsabilidad patrimonial o de las Administraciones Públicas:

Indemnización asumible por las Administraciones Públicas cuando producen un daño con ocasión del funcionamiento (normal o anormal) del servicio público sanitario. Es una responsabilidad objetiva, sin culpa, para la que basta con demostrar el daño y el enlace causal y que requiere la infracción de la *Lex artis*. Excluye el supuesto en el que concurre fuerza mayor (hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de las técnicas existentes en el momento de su producción. No involucre al personal sanitario, excepto cuando éstos hayan incurrido en el dolo, culpa o negligencia grave: en cuyo caso la Administración puede y debe exigir al personal a su servicio lo que haya pagado directamente a los lesionados. La actual existencia de un seguro de responsabilidad en los servicios de salud, hace que la Administración no pueda exigir al profesional resarcimiento alguno, por ser las compañías aseguradoras las que paguen la indemnización.

Responsabilidad disciplinaria:

Surge cuando los profesionales trabajan para alguna Administración Pública o para alguna empresa. Tal responsabilidad hay que remitirla al cuadro de infracciones y sanciones fijadas en cada ámbito (función pública, Estatuto de los Trabajadores, Estatuto Marco).

Responsabilidad deontológica:

Surge como consecuencia de la incorporación de un profesional a un colegio médico, rigiéndose por disposiciones específicas.

Todo lo anterior no impide la “ pena de banquillo”, sometimiento del profesional a un proceso penal, con todas las implicaciones que ello arrastra (menoscabo del crédito, honradez u honor y aparición y difusión en los medios de comunicación).

Por último, ante la entrada en vigor de la Ley Orgánica 5/2010 de Reforma del Código Penal, toma especial importancia el complejo tema de la “culpa in vigilando” en el funcionamiento del sistema sanitario. Según el mismo, la persona jurídica es también responsable de un daño producido por una atención sanitaria deficiente o inadecuada, dispensada por un profesional individualmente considerado, eludiendo directrices y objetivos de la organización, que se demostraron correctos, pero sobre los que hubo falta de vigilancia y control del responsable de estos cometidos.

El Jefe de Servicio en el actual tiempo sanitario

Tradicionalmente el jefe de servicio era el que más sabía, “el que mejor operaba”, el más motivado. Su autoridad científica y moral se hacía ver en las sesiones clínica, por sus profundos conocimientos de la materia, su experiencia y sus criterios.

Por extensión, su autoridad se ejercía poniendo orden en el servicio, en temas mayores o menores; dedicación, disciplina, carga laboral, ayudantías, docencia y programa de investigación y hasta el conflictivo momento de fijar el calendario de vacaciones o asistencias a congresos. Su carga administrativa fundamental estaba relacionada con la planificación humana y material de servicio y el cumplimiento de objetivos numéricos (número de consultas de pacientes nuevos, revisiones, número de intervenciones, etc.) o de calidad (incorporación de nuevas técnicas, análisis crítico de morbilidad y mortalidad operatoria, etcétera). Todo ello sin olvidar su compromiso docente e investigador, que generaba exigencias añadidas de esfuerzo y dedicación.

Esta es, a grandes rasgos, la figura del jefe de servicio tradicional en el que dominaban atributos científicos y técnicos sobre los que se asentaba su autoridad y nivel jerárquico.

En la actualidad, dependiendo del escenario, las exigencias que debe ostentar en su perfil el nuevo jefe de servicio siguen siendo las tradicionales, pero con ciertos añadidos. Puede mencionarse algunas de ellas y sus comentarios pertinentes: Autoridad individual o trabajo en equipo; capacidad de promoción; capacidad de liderazgo; capacidad gestora.

Ciertamente estos atributos añadidos representan, sin más, los cambios producidos en nuestra sociedad en los últimos años. La autoridad excesiva, vertical, ya no es aplicable ni en

la educación a nivel familiar. La amplitud del conocimiento geriátrico, científico y técnico, es de tal extensión que es imposible que un individuo domine todas las técnicas y todos los procesos, obligando a compartir compromisos y autoridad. Frente a los controvertidos comentarios de los miembros del Servicio, en una patología concreta, ahora se recurre a las guías de actuación que en cierto modo socavan autoridad, soslayan tiempo de reflexión y justifican actuaciones que son recomendables a nivel general, pero quizás no en el individuo concreto que se comenta.

Liderazgo, antes ejemplaridad y motivación, es un termino ampliamente utilizado en los manuales de gestión, pero raramente en la literatura médica, quizás por sus connotaciones negativas, sociológicas y políticas. ¿Capacidad de gestión?; curiosamente cuando se habla de gestión la referencia exclusiva es la económica y en las condiciones actuales los temas de gestión a discutir con la gerencia, en beneficio del servicio, quedan limitados a recursos humanos y materiales. Si se le llama ser un buen gestor a la capacidad de argumentar con razones sólidas la necesidad de incorporar un nuevo miembro de servicio, el campo de acción queda muy limitado.

Desgraciadamente otras ambiciones de mayor envergadura como incorporar nuevos programas al servicio (trasplante renal, litotricia, urodinamia, etc.) depende mucho más del presupuesto del hospital que del entusiasmo y buen hacer del jefe servicio. Finalmente, está la condición humana; virtudes inherentes al carácter del individuo hacen las relaciones más o menos difíciles en el propio servicio o con la gerencia del hospital. Preservar la convivencia en niveles agradables no es siempre tarea fácil.

Atributos de un jefe de servicio (en este orden):

- Sólida formación clínica con capacidad docente.
- Liderazgo con empatía en las relaciones humanas
- Capacidad de gestión, consensuando objetivos.
- Conocimientos de investigación

Ser jefe de Servicio no se improvisa y debe ser reconocido por toda una trayectoria profesional y sobre todo por el liderazgo de puesta en marcha de programas. Velas Navarrete et al, 2006, en una mesa de debate de Jefes de Servicio de Urología, concretaban el siguiente ***itinerario de un Jefe de Servicio:***

- Sólida formación clínica con rotación si es preciso europea o americana.
- Experto comunicador: Presentaciones científicas. Docencia.
- Experto en relaciones humanas. De carácter abierto, amistoso, próximo a la promoción de su entorno y colaboradores.
- Motivado y ejemplar. Liderazgo.
- Conocedor de investigación y métodos de evaluación.
- Capacidad de relación dentro del hospital, nacional e incluso internacional.
- Gestión. Conocedor modelos gestión hospitalaria y habiendo siendo partícipe de la puesta en marcha de programas con buen resultado.
- Dispuesto a demostrar su preparación y buen hacer con análisis de resultados periódicos e incluso aceptando o solicitando auditorias externas.

POR ÚLTIMO AUNQUE YA SE HA EXPUESTO PREVIAMENTE RESUMO LAS FUNCIONES DEL JEFE DE SERVICIO:

- Control calidad asistencial médica aspirando al nivel de excelencia y con permanente valoración resultados.
- Cumplimiento compromisos numéricos pactados con la Gerencia y otros índices de actividad hospitalaria.
- Gestión recursos materiales y humanos en el mejor escenario posible.
- Cumplimiento compromisos docentes e investigadores.
- Ambición de progreso. Organización del servicio e incorporación nuevas programas con estos fines.
- Ejemplaridad en todas sus funciones y dedicación.