



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

Trabajo Fin de Máster

Memoria de Gestión para la
Jefatura del Servicio de
Neurocirugía del Complejo
Hospitalario Universitario de
Vigo

Presentado por: Jorge Díaz Molina

Ciudad: Vigo

Fecha: Septiembre 2018

Vº Bº: Luis Reinoso Barbero

Índice

1. PROPÓSITO DEL TRABAJO.....	7
2. MARCO GENERAL Y CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA SANITARIO DE LA COMUNIDAD DE GALICIA.....	7
2.1. MARCO JURÍDICO NACIONAL.....	7
2.2. MARCO JURÍDICO REGIONAL.....	9
2.3. CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA SANITARIO DE COMUNIDAD AUTÓNOMA DE GALICIA.....	11
2.3.1. Distribución territorial del Servicio Gallego de Salud (SERGAS).....	14
3. ANÁLISIS ESTRATÉGICO.....	18
3.1. Análisis externo.....	18
3.1.1. Datos demográficos y población de referencia del Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (CHUVI) y características de la EOXI de Vigo.....	18
3.1.2. Recursos Sanitarios de la Organización donde se localiza la unidad de Gestión Clínica.....	21
3.1.3. Recursos Sociales y Comunitarios donde se localiza la Unidad de Gestión Clínica.....	25
3.1.4. Recursos estructurales actuales de la Organización.....	27
3.1.5. Actividad asistencial de los últimos años de la organización (Información obtenida de las memorias de actividad de 2014, 2015, 2016 y 2017) ^{13,15,16,17}	30
3.1.6. Plan Estratégico de la Organización donde se localiza la Unidad de Gestión Clínica.....	31
3.1.7. Situación de la Especialidad de Neurocirugía dentro de la Comunidad Autónoma de Galicia.....	34
3.2. Análisis interno.....	35
3.2.1. Recursos Humanos y Estructura Funcional del Servicio.....	35
3.2.2. Cartera de servicios.....	38
3.2.3. Análisis de los datos de funcionamiento del Servicio en los últimos años.....	40
3.2.4. Previsión de la demanda para los próximos años.....	42
3.3. Análisis DAFO/CAME.....	43
3.4. Matriz DAFO.....	46
3.5. Matriz CAME.....	48
4. PLAN DE ACTUACIÓN DEL SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA.....	50
4.1. Posicionamiento estratégico: Misión, Visión, valores.....	50
4.2. Líneas estratégicas como factores clave del éxito.....	51
4.3. Objetivos estratégicos: asistenciales, financieros y de sostenibilidad.....	52
4.3.1. Calidad asistencial.....	52
4.3.2. Eficiencia.....	53
4.3.3. Experiencia y Seguridad del Paciente.....	53
4.3.4. Docencia e Investigación.....	53
4.3.5. Mapa estratégico.....	53
4.4. Procesos estratégicos, operativos y de soporte.....	55

4.5. Mapa de Procesos de la Unidad	56
4.6. Calidad y seguridad del paciente	58
4.7 Atención centrada en el paciente. Atención Integral.	59
4.8. Guías Clínicas y Rutas Asistenciales para la Atención Integrada.	60
4.9. Docencia y formación continuada	62
4.10. Actividad investigadora	63
4.11. Monitorización del plan de gestión: Cuadro de Mando.....	64
5.CURRICULUM DEL CANDIDATO	78
5.2. Funciones de Jefe Clínico	82
6.BIBLIOGRAFÍA	83

Índice de Figuras

Ilustración 1: Mapa por provincias de Galicia ⁵	11
Ilustración 2: Mapa de densidad poblacional por municipios. (Fuente: IGE).....	12
Ilustración 3: Movimiento natural de población de 1975-2016. Nacimientos, defunciones y saldo vegetativo (Fuente: IGE).....	12
Ilustración 4: Pirámide poblacional proyectada para el 2031 y comparativa con 2016 (Fuente IGE).....	13
Ilustración 5: Pirámide poblacional de la provincia de Pontevedra 2016 (Fuente: CENIE).....	14
Ilustración 6: Mapa sanitario de Galicia: Áreas sanitarias y distritos (Fuente: Axencia de Coñecemento en Saúde. SERGAS).....	15
Ilustración 7: Organigrama de Servicios generales de la Consejería de Sanidad de Galicia (Fuente: www.sergas.es).....	17
Ilustración 8: Distribución del área sanitaria de Vigo en centros de salud, puntos de atención continuada y hospitales (Fuente: Plan Estratégico de la EOXI de Vigo 2017-2021).....	19
Ilustración 9: Población del área de referencia de la EOXI de Vigo y su distribución por edades (Fuente: Plan Estratégico de la EOXI de Vigo 2017-2021).....	19
Ilustración 10: Gráfica de distribución por edades de población en Pontevedra estimada para el 2024 (Fuente: IGE).....	20
Ilustración 11: Plano del Hospital Nicolás Peña (Fuente: Memoria 2016 EOXI Vigo). 27	
Ilustración 12: Plantas del Hospital Meixoeiro y plano del mismo (Fuente: web EOXI Vigo y web del arquitecto; http://joaquinvaamonde.blogspot.com/2011/02/2000-2009.html#links).....	28
Ilustración 13: A, B y C Distribución por velas y bloques y plano del Hospital Álvaro Cunqueiro (Fuente: www.xxivigo.sergas.gal) D: Plano de una vela de cada planta del hospital. (Fuente: plano hospitalario, elaboración propia).....	29
Ilustración 14: Organigrama del Servicio de Neurocirugía (Fuente: Elaboración propia).....	35
Ilustración 15: Algoritmo DAFO-CAME (Fuente: Elaboración propia).....	43
Ilustración 16: Análisis DAFO.....	44
Ilustración 17: Análisis CAME.....	45
Ilustración 18: Pilares estratégicos para el servicio de Neurocirugía (Fuente: Elaboración propia).....	52
Ilustración 19: Mapa procesos (Fuente: Elaboración propia).....	54
Ilustración 20: Mapa de procesos (Fuente: elaboración propia).....	57
Ilustración 21: Ruta Asistencial para la lumbociática. RHB:Rehabilitación. ABVD: Actividades Básicas de la Vida Diaria. NCR : Neurocirugía, U. Dolor : Unidad del Dolor (Fuente: elaboración propia).....	61

Índice de Tablas

Tabla 1: Red Hospitalaria Pública y Concertada de Galicia (Fuente: www.sergas.es , elaboración propia)	16
Tabla 2: Área de referencia del servicio de Neurocirugía CHUVI (Fuente: elaboración propia)	21
Tabla 3: Prestaciones de cada una de las especialidades del CHUVI (Fuente: Memoria de la EOXI de Vigo 2016)	24
Tabla 4: <i>Tabla de datos básicos de CMBD (Fuente: Memoria EOXI 2014,2015,2016 y 2017)</i>	30
Tabla 5: Tabla de datos básicos de Hospitalización (Fuente: Memorias anuales de la EOXI de Vigo 2014, 2015,2016 y 2017).....	30
Tabla 6: Actividad quirúrgica de los últimos 4 años (Fuente: Memorias anuales de la EOXI de Vigo del 2014, 2015, 2016 y 2017	30
Tabla 7: Actividad de Consultas externas en los últimos 4 años (Fuente: Memorias anuales 2014, 2015, 2016, 2017)	31
Tabla 8: Estrategia 2020 para el SERGAS (Fuente: Plan de estrategia del SERGAS 2020)	32
Tabla 9: Ejes y líneas del Plan estratégico de la EOXI de Vigo 2017-2021 (Fuente: Plan estratégico EOXI Vigo)	33
Tabla 10: Cartera de servicios de NCR EOXI Vigo. (Fuente: Programa Oficial de NCR. Informe de docencia de servicio NCR Vigo).....	38
Tabla 11: Cuadro de Mando asistencial de Hospitalización para el Servicio de Neurocirugía (Fuente: Memoria de actividad de NCR 2015,2016,2017).....	40
Tabla 12: Tabla 12: Cuadro de mando asistencial de la actividad en las consultas externas. (Fuente: Memoria actividad de NCR 2015,2016,2017)	40
Tabla 13: Tabla 13: Cuadro de Mando de actividad quirúrgica desde perspectiva general (Fuente: Memoria de actividad de NCR 2015,2016,2017).....	40
Tabla 14: Tabla 14: Cuadro de Mando de actividad quirúrgica programada (Fuente: Memoria de actividad de NCR 2015,2016,2017).....	41
Tabla 15: Tabla 15: Cuadro de Mando de actividad quirúrgica extraordinaria (Fuente: Memoria de actividad de NCR 2015,2016,2017)	41
Tabla 16: Tabla 16: Cuadro de mando de la lista de espera quirúrgica del servicio. (Fuente: Memoria de actividad de NCR 2015,2016,2017).....	41

1. PROPÓSITO DEL TRABAJO

El propósito de este documento es cumplir con el requisito de realizar un Trabajo Fin de Máster con este formato, según la propuesta realizada por la Universidad Internacional de La Rioja para su “Máster en Dirección y Gestión Sanitaria”. Al mismo tiempo, se pretende preparar las bases para una hipotética memoria de jefatura del servicio de Neurocirugía del Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (CHUVI) en el futuro.

Se desarrolla una memoria descriptiva sobre el marco sociodemográfico del CHUVI y la situación de la especialidad dentro del Sistema Nacional de Salud en este momento. Indicaremos la cartera de servicios y los objetivos asistenciales, de docencia, de investigación y económicos del Servicio de Neurocirugía como unidad de gestión clínica integrada en el CHUVI.

En nuestro caso, aunque el área sanitaria de referencia no ha variado, las estructuras sí se han modificado. Como en otras ciudades, existían varios centros hospitalarios independientes que se han unificado en un único complejo. En el 2013 se crea una dirección para el complejo con una gestión única para el área sanitaria y en 2015 se inaugura un nuevo centro, el Hospital Alvaro Cunqueiro, donde se ha trasladado la mayor parte de la actividad asistencial. Se plantea un proyecto de futuro, tras el diagnóstico de necesidades para un mejor funcionamiento del servicio y mejorar en términos de calidad asistencial.

2. MARCO GENERAL Y CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA SANITARIO DE LA COMUNIDAD DE GALICIA.

El servicio de Neurocirugía del CHUVI se enmarca dentro del Servicio Gallego de Salud (SERGAS), que a su vez está condicionado por una serie de leyes nacionales y autonómicas.

2.1. MARCO JURÍDICO NACIONAL

El sistema de salud de España se encuentra definido por una serie de leyes:

-La Ley 14/1986, General de Sanidad por la que se declaran titulares del derecho a la protección de salud y a la atención sanitaria todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en territorio nacional.

Define las prestaciones públicas y sus estructuras como un Sistema Nacional de Salud (SNS) compuesto por el conjunto de los servicios de salud de las comunidades autónomas

coordinados entre sí. Esta ley establece que cada comunidad autónoma debe desarrollar su propio Servicio de Salud integrado por todos los centros sanitarios de la región. El SNS queda definido como el conjunto de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas.

Esta ley define las características esenciales del sistema:

- Es universal, es decir, extiende sus servicios a toda la población.
- Se organiza con el objetivo de proporcionar una atención integral de la salud. Comprende la promoción, prevención y curación de la enfermedad y la rehabilitación posterior.
- Pretende la coordinación e integración de todos los recursos sanitarios públicos en un dispositivo único.
- Se financia mediante los recursos de las Administraciones Públicas, cotizaciones y tasas por la prestación de determinados servicios.
- Procura altos niveles de calidad que son evaluados y controlados periódicamente por Inspección Sanitaria.

Esta ley establece las Áreas de salud como la estructura fundamental de los Servicios de Salud de cada Comunidad Autónoma. Cada área de salud se definirá con base en los factores geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos y de dotación de vías y medios de comunicación y tendrá como referencia un hospital general.

Con el fin de obtener la mayor operatividad y eficacia posible en el funcionamiento de los servicios a nivel primario, cada área sanitaria se divide en varias zonas básicas de salud.

Cada área tendrá su propio presupuesto para hacer frente a sus responsabilidades:

- En el ámbito de la atención primaria prestará atención al individuo, a la familia y a la comunidad y cumplirá con las funciones descritas previamente.
- En el ámbito de la atención especializada, prestará atención a problemas de salud más complejos junto con el desarrollo de las funciones propias de los hospitales.

-La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del SNS. Establece el marco para las acciones de coordinación y cooperación entre las Administraciones públicas sanitarias con el objetivo de garantizar la equidad, calidad y participación social en el SNS.

-La Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.

La ley regula los medicamentos de uso humano y los productos sanitarios, su investigación clínica, autorización, registro, fabricación, control de calidad, distribución, comercialización, información, prescripción y dispensación, su ordenación racional y el procedimiento para su financiación con fondos públicos.

Regula la actuación de las personas físicas o jurídicas que intervienen en la circulación y prescripción de medicamentos y productos sanitarios.

-La Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.

Establece las bases para que la población alcance y mantenga el mayor nivel posible de salud a través de políticas, programas y actuaciones sobre los procesos y factores que más influyen en la salud y así prevenir, proteger y promover la salud tanto a nivel individual como colectivo.

-Real Decreto-Ley 16/2012 de medidas urgentes para la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejora de la calidad y seguridad.

Aborda los problemas actuales del sistema con el objetivo de afrontar una reforma estructural del SNS para dotarlo de solvencia y viabilidad y reforzar las medidas de cohesión para que sea sostenible en el tiempo.

Entre ellas, destacan como medidas¹: la limitación de cobertura de asistencia sanitaria a los extranjeros no registrados en España salvo en caso de urgencia o embarazo y parto y el copago farmacéutico. Introduce el copago como una modificación en la participación de los usuarios y beneficiarios de la prestación farmacéutica con una aportación individual proporcional al nivel de la renta.

En la actualidad, el gobierno actual pretende revertir varios puntos de este real decreto, principalmente en referencia a garantizar de nuevo la asistencia universal.

A modo de resumen se puede decir que el sistema sanitario de España se basa en el llamado Sistema Nacional de Salud o modelo Beveridge cuyas características principales son:

- Universalidad
- Búsqueda de la equidad para todos los individuos
- Financiación pública con los impuestos estatales
- Gratuidad para el ciudadano

Como peculiaridad, en este país se transfirieron las competencias de sanidad y salud pública desde el Estado central a los diferentes territorios para su desarrollo. Este proceso finalizó en el 2001. Nuestro sistema pasó a ser descentralizado en su gestión, la administración de servicios y la promoción y prevención de la salud. En el caso de Galicia es el Servicio Gallego de Salud o SERGAS el que gestiona y administra este sistema en la región. Se encarga tanto de la gestión de la atención primaria como especializada, de la planificación de las diferentes estrategias sanitarias y de la promoción de la salud mediante programas de medicina preventiva y salud pública.

2.2. MARCO JURÍDICO REGIONAL

En el ámbito de la Comunidad Autónoma de Galicia destaca:

-La Ley 7/2003, del 9 de diciembre de ordenación sanitaria de Galicia que pretende la regulación general del sistema de sanidad de la comunidad.

Se configura como un marco legal estructural para el código sanitario gallego en el que se enmarcarán posteriormente las leyes de salud pública, de empleo público, de la Escuela Gallega de Administración Sanitaria, del Sistema de Información y del Centro de Servicios Tecnológicos, del Instituto Gallego de Investigación Sanitaria y de ordenación farmacéutica.

-La ley 8/2008, de 10 de Julio de salud de Galicia²

Es la más completa, recoge y mejora las disposiciones de las leyes previas de la materia.

En su primer apartado, establece los derechos y deberes de la ciudadanía en materia de Salud, así como la garantía de los mismos y describe las atribuciones del Defensor del Pueblo respecto a la Administración Sanitaria para la defensa y promoción de los derechos de los usuarios del Sistema de Salud. Además, estructura las fórmulas de

participación social, voluntariado y de participación institucional de las Organizaciones sindicales y empresariales más representativas de la región.

En su segundo apartado, establece las disposiciones generales, los principios rectores, la posibilidad de intervenciones públicas que garanticen los derechos y deberes de la ciudadanía, las infracciones y sanciones, las prestaciones sanitarias y farmacéuticas del Sistema Sanitario de la Región. Describe la planificación sanitaria del sistema público con las directrices de la política sanitaria y el plan de salud de Galicia junto con la ordenación territorial y la división en áreas sanitarias y en zonas básicas. Crea el sistema de información y de evaluación del sistema de Salud.

En su tercer apartado describe las competencias autonómicas del sistema de salud a nivel autonómico y local. Se establece el Consejo Gallego de Salud que tiene como funciones presentar propuestas de mejora.

En los cuarto y quinto apartados se tratan las relaciones del sistema de salud de la región con la Unión Europea, la administración general del Estado y otras comunidades autónomas. Además, se establece la relación entre el sector privado de atención sanitaria y la administración autonómica y regula la compatibilidad.

En su sexto apartado describe los principios generales de organización y gestión de servicios y centros sanitarios, el régimen jurídico, medios materiales, régimen patrimonial y financiero y la organización de la salud pública en la comunidad. Establece el ámbito y régimen jurídico de los empleados de salud del sistema público, la planificación y ordenación de los recursos humanos, la selección, previsión y promoción interna, las retribuciones, la carrera profesional, la salud laboral, las garantías y modernización y la prestación de la asistencia.

Dentro del apartado de docencia e investigación fija los principios generales para la misma. Establece la Escuela Gallega de Administración Sanitaria, promueve la investigación biomédica en el Sistema Público de Salud y crea el Instituto Gallego de Investigación Sanitaria.

En su último apartado indica los fundamentos para la coordinación interdepartamental de la atención sociosanitaria para la integración de los servicios sociales en la sanidad.

-Decreto 168/2010 del 7 de octubre³ por el que se regula la formación de las 7 estructuras organizativas de gestión integrada (EOXI) para gestionar las 11 áreas sanitarias. Por este decreto se unifican las direcciones de las áreas en 7 estructuras de gestión integrada que pueden gestionar una o más áreas sanitarias de una forma transversal.

-La Ley 1/2018, del 2 de abril de salud⁴

Por esta ley se modifican las áreas sanitarias pasando de las 11 existentes a 7 nuevas que coinciden con las previas EOXI. Se crean dentro de estas áreas, 14 distritos sanitarios cada uno con al menos un hospital comarcal: A Barbanza, A Coruña, A Mariña, Cee, Ferrol, Lugo, Monforte de Lemos, O Barco de Valdeorras, Ourense, O Salnés, Pontevedra, Santiago de Compostela, Verín y Vigo.

Se introduce, relativo a los empleados públicos, el concepto de itinerario profesional que podrá ser tenido en cuenta para la estructuración de los sistemas de selección y provisión.

Se definen las funciones del Consejo Gallego de Salud relativas a la presentación de propuestas de mejora de la atención sanitaria a nivel autonómico, la promoción de la participación ciudadana y el conocimiento de las prioridades sanitarias de la consejería de sanidad y del Consejo Interterritorial del SNS.

2.3. CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA SANITARIO DE COMUNIDAD AUTÓNOMA DE GALICIA.



Ilustración 1: Mapa por provincias de Galicia⁵

(Fuente: (<https://3tigrestristes.wordpress.com/category/lugares-de-espana/>))

La comunidad autónoma de Galicia tiene una superficie de 29,574 km². Está constituida por 4 provincias con 313 municipios. Cuenta con una población total de 2,708,339 según el Instituto Nacional de Estadística (INE) a 1 de enero de 2017 con una densidad de 92,18 habitantes/km².

La población se concentra en las zonas urbanas y disminuye en las rurales, con índices demográficos y sociales positivos en las zonas costeras atlánticas y negativos en las zonas de interior salvo en las capitales de provincia. Según el Instituto Gallego de Estadística (IGE)⁶, el 36,2% de la población se concentra en el 3,3 % de la superficie con mayor densidad poblacional en las zonas costeras alrededor de las ciudades. Concretamente, la provincia con mayor densidad de población es la de Pontevedra con 209,73 hab/km², seguida de la de A Coruña con 141,1 y a mucha distancia Ourense con 42,8 y Lugo con 33,8. Así lo muestra el mapa basado en los datos del IGE de densidad poblacional por municipios que se presenta a continuación:

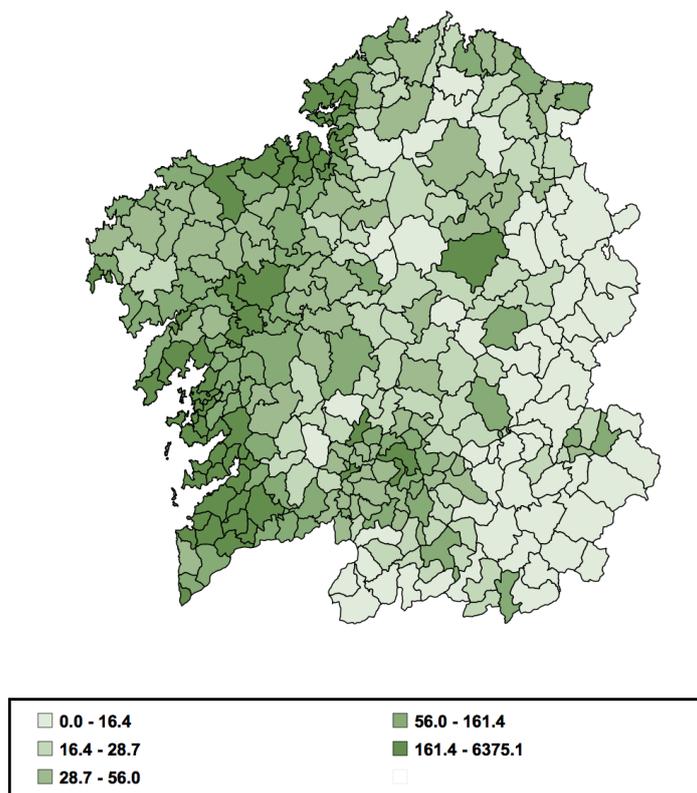


Ilustración 2: Mapa de densidad poblacional por municipios. (Fuente: IGE)

La edad media de la población es de 46,76 años, aunque es variable en función de la provincia. Según el IGE, a 1 de enero de 2018, se estima que en Galicia hay 345.107 habitantes menores de 16 años, 1.697.293 de entre 16 y 64 años y 665.939 mayores de 64 años.

En el siguiente gráfico se puede observar la evolución de la población en Galicia por tramos de edad. Existe un problema importante de envejecimiento y disminución de la población de carácter progresivo. Afecta a toda la comunidad, aunque en menor medida en las zonas costeras que tienen más población y de menor edad.

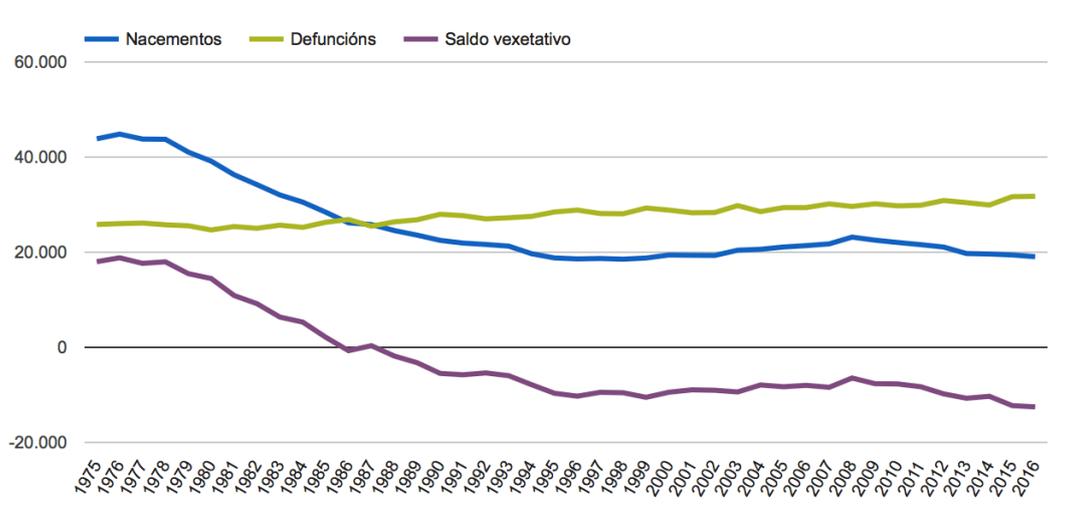


Ilustración 3: Movimiento natural de población de 1975-2016. Nacimientos, defunciones y saldo vegetativo (Fuente: IGE)

La evolución de la población es negativa a lo largo del tiempo con un saldo vegetativo negativo para la región de -12.521 en 2016, con una tasa bruta de natalidad de 7,03 y de mortalidad de 11,7.

Se aporta una pirámide poblacional con la expectativa según el IGE para el 2031 para Galicia. Según esta fuente el envejecimiento proyectado para Galicia se estima en 232,7% y las zonas más envejecidas se situarán en el sur de la provincia de Ourense y las limítrofes con Pontevedra.

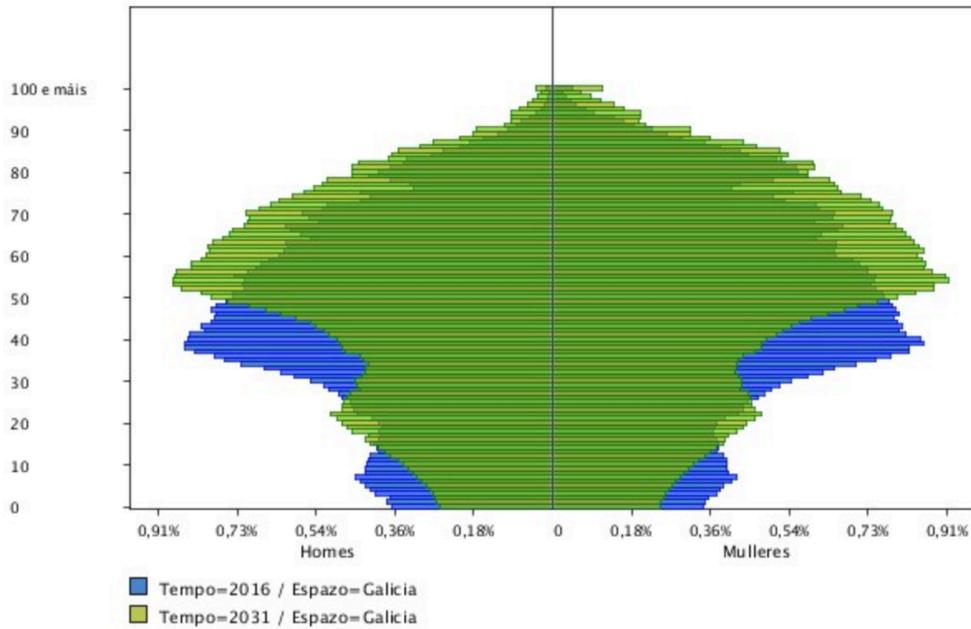


Ilustración 4: Pirámide poblacional proyectada para el 2031 y comparativa con 2016 (Fuente IGE)

En este caso, dado que la población de nuestra área de referencia directa se limita a la provincia de Pontevedra, utilizaremos estos datos como punto de partida otorgados por el Centro Internacional del Envejecimiento(CENIE)⁷. Como se puede observar hay una alta supervivencia, mayor en el sexo femenino, con alto peso relativo de la población adulta con edades comprendidas entre 30 y 64 años.

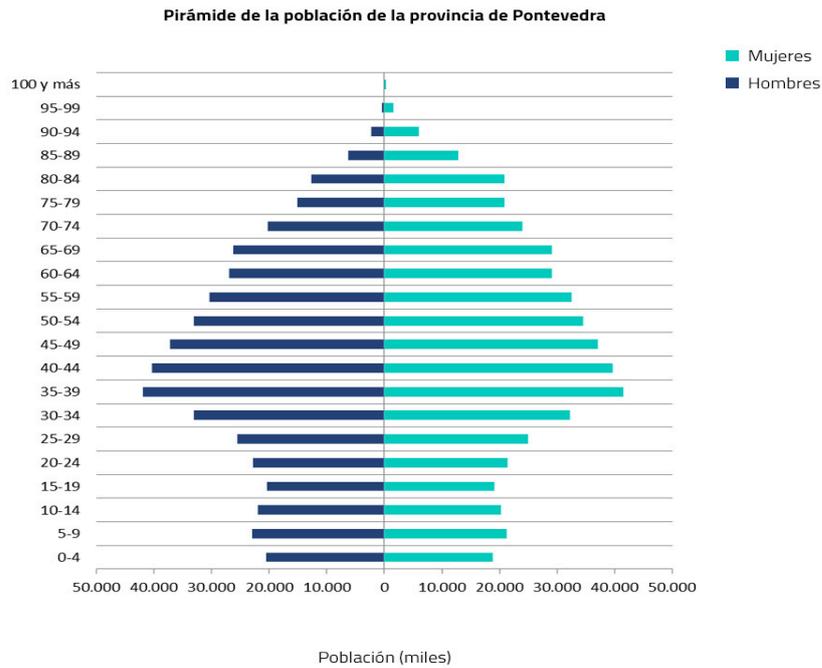


Ilustración 5: Pirámide poblacional de la provincia de Pontevedra 2016 (Fuente: CENIE)

Según el IGE, en esta provincia la tasa bruta de natalidad por cada 1.000 habitantes en el 2016 es de un 7,25 y la tasa bruta de mortalidad es de 9,87 por cada 1000 habitantes. Según los datos del CENIE, ha habido un aumento progresivo en el índice de envejecimiento de esta provincia llegando en el año 2015 a la cifra de 148,45. Este índice de envejecimiento implica que por cada 100 individuos menores de 20 años se contabilizaron 148,45 mayores de 64 años.

Se estima una disminución progresiva de la población con una expectativa para el 2029 de 902.266 desde los actuales 943.622⁷

Como se puede observar por los datos previos y las pirámides poblacionales añadidas, la provincia de Pontevedra y todo Galicia en general, sufrirá una pérdida progresiva de población y un envejecimiento de la misma, con los requerimientos asistenciales que puede conllevar.

2.3.1. Distribución territorial del Servicio Gallego de Salud (SERGAS)

El gasto público en Sanidad de la Comunidad Autónoma de Galicia en el 2016 fue del 6,6% del Producto Interior Bruto (PIB) (en España un 5,5% del PIB), con un gasto per cápita de 1.420 euros por habitante (en España fue de 1.332 euros por habitante)⁸. Hasta este año, según la ley 8/2008 del 10 de julio el territorio se dividía en 7 Estructuras Organizativas de Gestión Integrada (EOXI) que gestionaban las 11 áreas sanitarias. Cada EOXI es una estructura de gestión única con integración de los niveles asistenciales de primaria y hospitalaria que controla una o más áreas sanitarias. Según la nueva ley 1/2018 del 2 de abril, se modifica la organización territorial en esta materia. Cada EOXI se constituye como un área sanitaria propia compuesta por uno o más distritos.

Se puede observar a continuación la distribución de las áreas sanitarias y las EOXIs en Galicia.



Ilustración 6: Mapa sanitario de Galicia: Áreas sanitarias y distritos (Fuente: Axencia de Coñecemento en Saúde. SERGAS)

- EOXI de Ferrol: Área sanitaria de Ferrol que coincide con su distrito
- EOXI de A Coruña: Áreas sanitaria de los distritos de A Coruña y Xunqueira o Cee
- EOXI de Santiago de Compostela: Área sanitaria de los distritos de Santiago y Barbanza.
- EOXI de Lugo-Cervo-Monforte de Lemos: Área sanitaria de los distritos de A Mariña o Cervo, Lugo y Monforte de Lemos.
- EOXI de Ourense-Verín-O Barco de Valdeorras: Área sanitaria de los distritos de Verín, Ourense y O Barco de Valdeorras.
- EOXI de Pontevedra-O Salnés: Área sanitaria de los distritos de Pontevedra y O Salnés.
- EOXI de Vigo: Área sanitaria de Vigo que coincide con su distrito.

Cada distrito es una división territorial del área sanitaria y constituye el marco de referencia para la coordinación de los dispositivos de atención primaria, hospitalaria y sociosanitaria. Además, cada distrito cuenta con un hospital general en su ámbito geográfico.

El mapa se divide en 3 zonas de referencia en torno a los 3 hospitales terciarios de Galicia: Hospital de A Coruña, Hospital de Santiago y Hospital de Vigo.

En caso de que el hospital del distrito no pueda ofrecer el tratamiento adecuado al paciente, se derivará al hospital de referencia de la EOXI o área sanitaria y de ahí si es necesario, al hospital terciario de su área de referencia.

Los pacientes se distribuyen de la siguiente manera geográfica:

Norte: El Hospital de Coruña recibe pacientes de la EOXI de Coruña, de Ferrol y de Lugo.

Centro: El Hospital de Santiago recibe los pacientes de la EOXI de Santiago y de la EOXI de Pontevedra-O Salnés.

Sur: El Hospital de Vigo recibe los pacientes de la EOXI de Vigo y de la EOXI de Ourense-Verin-O Barco de Valdeorras.

En Galicia existen varios hospitales públicos de gestión pública, 6 unidades de carácter público gestionadas de manera privada que apoyan la prestación sanitaria gallega y una serie de hospitales privados con conciertos con el SERGAS.

Tabla 1: Red Hospitalaria Pública y Concertada de Galicia (Fuente: www.sergas.es, elaboración propia)

HOSPITALES PÚBLICOS DE GALICIA	
Complejos Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC)	Hospital de A Coruña Hospital Teresa-Herrera (Materno-Infantil) Hospital Abente y Lago Hospital Marítimo de Oza
Complejo Hospitalario Universitario de Santiago (CHUS)	Hospital Clínico Universitario Hospital Médico Quirúrgico Conxo Hospital Gil Casares Hospital Psiquiátrico Conxo
Complejo Hospitalario Xeral-Calde:	Hospital Calde (psiquiátrico) Hospital Universitario Lucus Augusti
Complejo Universitario de Ferrol:	Hospital Profesor Novoa Santos Hospital Arquitecto Marcide Hospital Naval
Complejo Hospitalario de Pontevedra	Hospital Provincial de Pontevedra Hospital Montecelo Fundación Pública Comarcal del Salnés
Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (CHUVI)	Hospital Nicolás Peña Hospital Meixoeiro Hospital Álvaro Cunqueiro
Complejo Hospitalario Universitario de Ourense	Hospital Santo Cristo Piñor (psiquiátrico) Hospital Santa María Nai Hospital Nuestra Señora de Cristal Hospital Materno-Infantil Infanta Elena
Centros Hospitalarios no dependientes de ningún complejo	Fundación Pública de Verín Hospital Comarcal de Valdeorras Fundación Pública de Barbanza Fundación Pública Hospital Virxe da Xunqueira Hospital da Costa de Burela Hospital Comarcal de Monforte
UNIDADES DE CARÁCTER PÚBLICO Y GESTIÓN PRIVADA	
Agencia Gallega para la gestión del conocimiento en salud (ACIS) Fundación gallega de Medicina Genómica Fundación Pública Instituto Gallego de Oftalmología Centro de Transfusión de Galicia 061: Fundación Pública de Urgencias Sanitarias de Galicia GALARIA. Empresa Pública de Servicios Sanitarios	
HOSPITALES PRIVADOS CON CONCIERTO CON EL SERGAS	
Hospital POVISA de Vigo Hospital POLUSA de Lugo Hospital Nuestra Señora de Fátima Hospital Miguel Domínguez Hospital General Juan Cardona Instituto Policlínico Santa Teresa Instituto Médico Quirúrgico San Rafael Centro Oncológico de Galicia	

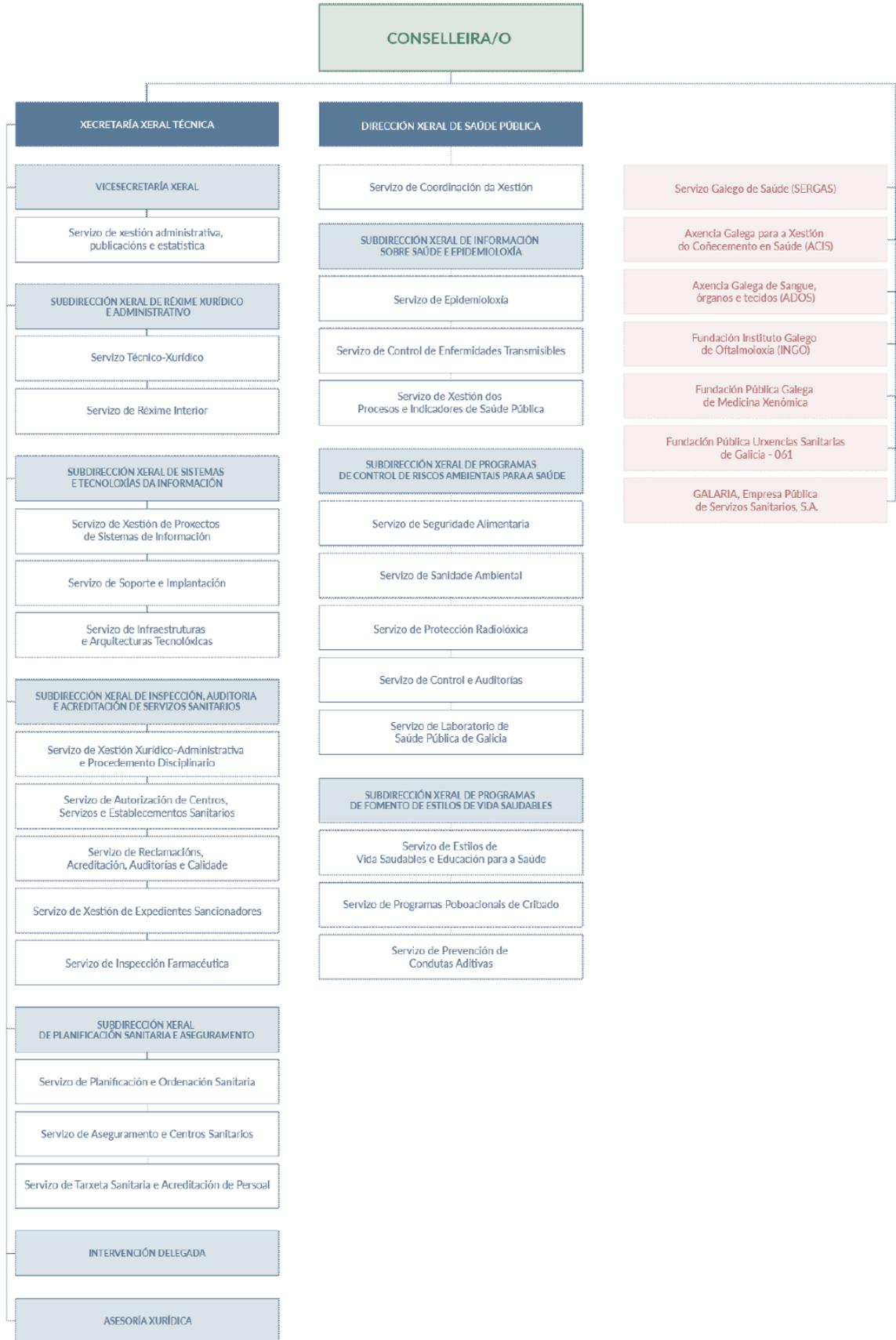


Ilustración 7: Organigrama de Servizos xerais da Consellería de Sanidade de Galicia (Fonte: www.sergas.es)

3. ANÁLISIS ESTRATÉGICO

3.1. Análisis externo

3.1.1. Datos demográficos y población de referencia del Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (CHUVI) y características de la EOXI de Vigo.

La EOXI está compuesta por 42 centros de salud, 9 puntos de atención continuada, el Hospital Meixoeiro (HM), el Hospital Nicolás Peña, el Hospital Álvaro Cunqueiro (HAC) y el Hospital POVISA, este último de propiedad y gestión privadas¹⁰.

Durante los últimos 2 años se realizó una reordenación asistencial hospitalaria para modernizar e integrar la atención sanitaria. La modernización se basó en la sustitución del Hospital Xeral, de casi 60 años y una reordenación e integración de los servicios hospitalarios.

Las actuaciones que se realizaron fueron la eliminación de la sectorización de la población y de la dispersión de recursos, la especialización de los edificios, la mejora de la confortabilidad para los pacientes, importantes mejoras dotacionarias y tecnológicas, actuaciones en el ámbito de las cirugías ambulatorias de adultos y pediátricas, creación de espacios específicos para la docencia, un área de simulación médica avanzada, espacios específicos para investigación, la apertura de un helipuerto y el cierre de un centro psiquiátrico con características de manicomio.

El CHUVI es el complejo que da asistencia sanitaria al área de Vigo. Se compone por varios centros hospitalarios: el Hospital Álvaro Cunqueiro, el Hospital del Meixoeiro y el Hospital Nicolás Peña.

Entre el CHUVI y el Hospital de POVISA se dividen el área sanitaria de Vigo. El Hospital POVISA es un centro de carácter privado-concertado que ofrece asistencia sanitaria a aproximadamente 138.000 individuos, lo que supone un 24% de la población de la EOXI. El resto de la población es atendida por el complejo público.

El área sanitaria de Vigo se compone por una población de 565.764 habitantes de la comarca de Vigo que corresponde a los municipios de Arbo, Baiona, A Cañiza, Cangas, Covelo, Crecente, Fornelos de Montes, Gondomar, La Guardia, Moaña, Mondariz, Mondariz-Balneario, Mos, As Neves, Nigrán, Oia, Pzos de Borbén, O Porriño, Pontearreas, Redondela, O Rosal, Salceda de Caselas, Salvaterra de Miño, Tomiño, Tui y Vigo. En algunas especialidades actúa como referencia para las áreas de Pontevedra y Ourense¹⁰.

ÁREA SANITARIA DE VIGO Hospitals, Centros de saúde e PAC

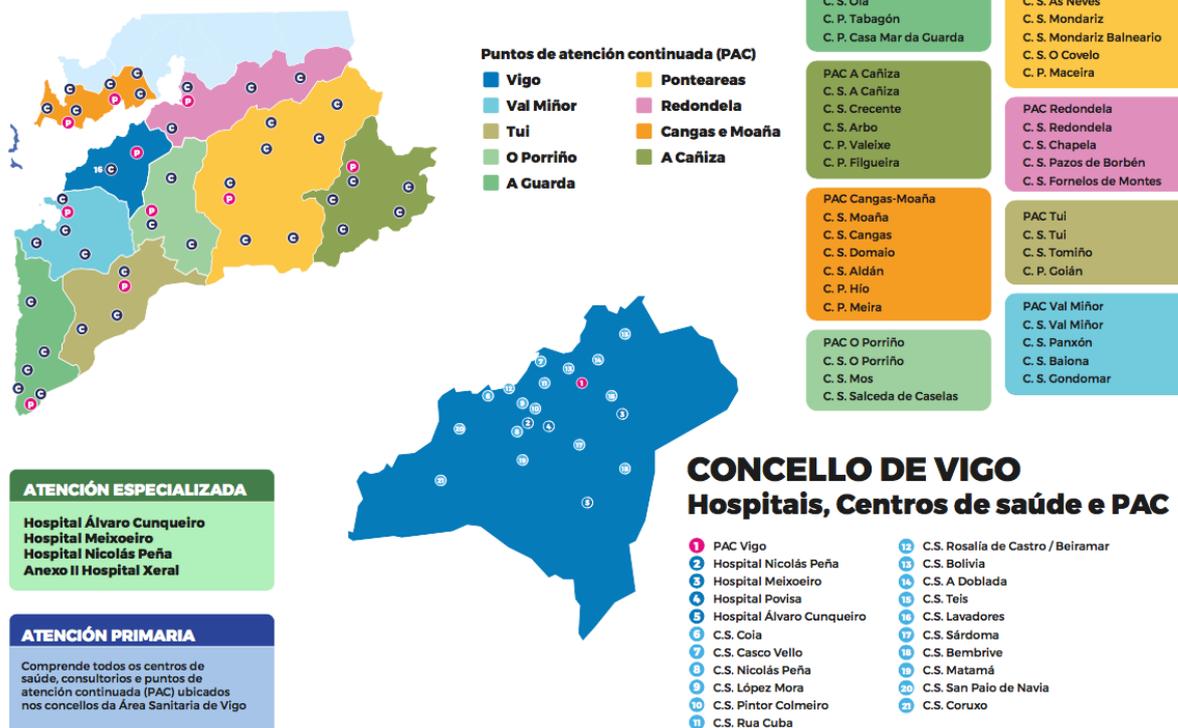
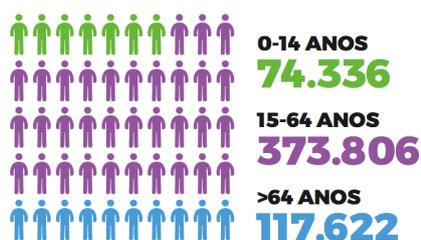


Ilustración 8: Distribución del área sanitaria de Vigo en centros de salud, puntos de atención continuada y hospitales (Fuente: Plan Estratégico de la EOXI de Vigo 2017-2021)

ÁREA DE REFERENCIA DA EOXI VIGO



POBOACIÓN TOTAL
565.764

Ilustración 9: Población del área de referencia de la EOXI de Vigo y su distribución por edades (Fuente: Plan Estratégico de la EOXI de Vigo 2017-2021)

Dado que el departamento de Neurocirugía es referencia tanto para el área de Vigo como para la de Pontevedra-O Salnés, se ofrecen datos poblacionales de toda la provincia de Pontevedra.

Ya se ha desarrollado en el apartado anterior la previsión de envejecimiento de la población para los próximos años. Con los datos del IGE desde 1990 a 2016 se observa que desde 2012 ha habido un saldo migratorio negativo que comienza a positivizarse llegando en el 2016 a 1.152 personas. En el 2017 vivían en la provincia de Pontevedra 149.192 inmigrantes de los cuales el 78% proceden de América, principalmente de Argentina y Brasil. El siguiente grupo más numeroso es de europeos que alcanzan el 20,7% de la población migratoria procedente de Alemania y Suiza en su mayoría. Los africanos, asiáticos y del continente Oceanía suponen grupos pequeños que no alcanzan los 500 individuos dentro de la provincia.

Se prevé una disminución progresiva de la población en los próximos años. En el 2024 el mayor volumen de individuos estará comprendido en la franja de edad de los 40 a los 59 años. Aquí se puede observar la gráfica de los grupos edad estimados para el 2024 para esta provincia.

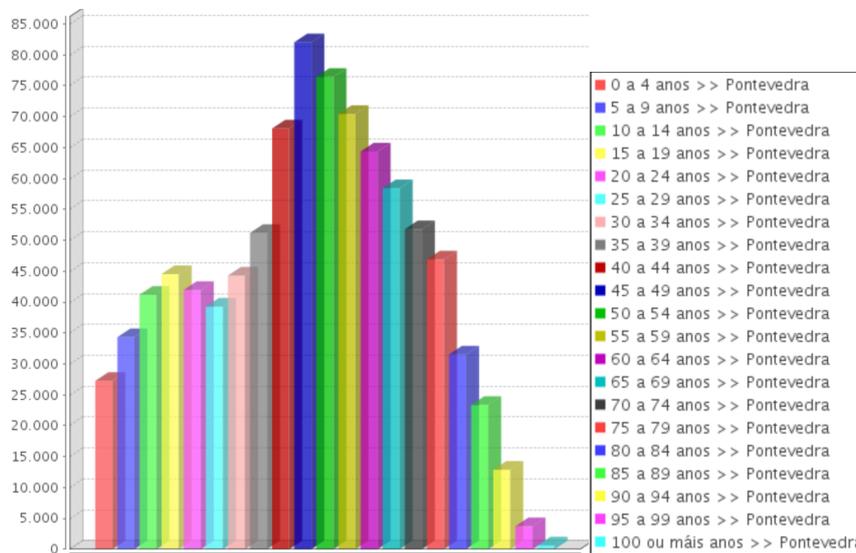


Ilustración 10: Gráfica de distribución por edades de población en Pontevedra estimada para el 2024 (Fuente: IGE)

Área de referencia¹¹:

Para algunas especialidades hay que añadir más áreas de referencia que la directa de Vigo.

- En el caso de Cirugía Cardíaca y cardiología intervencionista son de libre elección dentro de Galicia.
- Neurorradiología intervencionista y Oncología Radioterápica son de referencia para las provincias de Pontevedra y Ourense.
- Neurocirugía (NCR), Cirugía Pediátrica y Medicina nuclear son de referencia para el área sanitaria de Pontevedra-O Salnés.

En el caso del servicio de NCR de Vigo, se reciben los pacientes de la EOXI de Pontevedra-O Salnés y de la propia EOXI de Vigo.

La EOXI de Ourense dispone de un servicio de Neurocirugía en su cartera de servicios por lo que no deriva pacientes a nuestro departamento.

Sin embargo, debido a que el departamento de Neurorradiología del CHUVI es de referencia para la EOXI de Vigo, la de Pontevedra-O Salnés y para la de Ourense se reciben en nuestro departamento pacientes remitidos a ellos que requieren tratamiento quirúrgico, por lo que también se tratan en este trabajo.

Como se ha comentado previamente, el área de referencia de la EOXI de Vigo se compone por 565.764 individuos. Se estima que la población de la EOXI de Pontevedra-O Salnés son 299.800 habitantes y la de la EOXI de Ourense son 319,300 habitantes. El servicio de NCR del CHUVI presta servicio a los pacientes de su área sanitaria, salvo a los que les corresponde POVISA, y a los de la EOXI de Pontevedra-O Salnés. Se estima que se trata de un servicio con una población de referencia directa de 727.564 habitantes⁶. A ésta hay que sumar la que se capta a través del servicio de Neurorradiología, de referencia para POVISA y las EOXIs de Vigo, Pontevedra-O Salnés y Ourense por disponer de un angiógrafo para tratamientos endovasculares. Tienen una población de referencia cercana a 1.300.000⁶, que se refleja en la patología vascular de nuestro departamento, puesto que con cierta frecuencia estos pacientes requieren tratamiento quirúrgico.

Tabla 2: Área de referencia del servicio de Neurocirugía CHUVI (Fuente: elaboración propia)

En el momento actual el servicio de NCR del HAC es servicio de referencia para gran parte de la población del área sur de Galicia, salvo una pequeña parte que le corresponde a POVISA

Área Sanitaria de Vigo: Salvo la asignada a POVISA, le corresponde toda la población del área (aproximadamente el 75%)

Área Sanitaria de Pontevedra-O Salnés: Toda la población, salvo la pediátrica que se deriva al Complejo Hospitalario de Santiago.

Área Sanitaria de Ourense: referencia para patología vascular cerebral y vascular medular.

Área de POVISA: Referencia para patología vascular y vascular medular.

3.1.2. Recursos Sanitarios de la Organización donde se localiza la unidad de Gestión Clínica.

El CHUVI cuenta con una amplia cartera de servicios y se considera el área de referencia del sur de Galicia para patología compleja y para algunas patologías a las que no se puede dar servicio en las áreas sanitarias limítrofes.

Este complejo incluye todas las especialidades médicas, quirúrgicas y médico-quirúrgicas salvo Cirugía Maxilofacial, la unidad de quemados y la unidad de cirugía de mano. Los pacientes de estas especialidades se derivan al Hospital POVISA.

Hospital POVISA: Se trata de un hospital privado con un concierto con el SERGAS por el que se le asigna un área de referencia dentro del área de Vigo de aproximadamente 139.000 personas. En él, se prestan en exclusiva los servicios de Cirugía Maxilofacial, unidad de quemados y cirugía de la mano¹² de la EOXI de Vigo. Es un centro con más de 40.000 m², unas 500 camas instaladas y más de 1500 trabajadores. Es el hospital privado más grande de España. Es de referencia para el Sur de Galicia en Cirugía Compleja del

Miembro Superior, Cirugía del nervio periférico, Cirugía Maxilofacial, Quemados, Cirugía plástica infantil y Litotricia (de referencia sólo para el área de Vigo). Es el único Hospital privado de Galicia con formación MIR en Medicina Interna, Cirugía General, Anestesiología, Radiología, Traumatología y Medicina de Familiar y Comunitaria. Posee toda la cartera de especialidades médicas, quirúrgicas y médico-quirúrgicas¹².

Dentro de las infraestructuras de la EOXI de Vigo se encuentra el CHUVI compuesto por:

- *El Hospital Álvaro Cunqueiro (HAC)* que es en el que se desarrolla la mayoría de la actividad asistencial. Se trata de un hospital terciario de carácter general que incluye todas las especialidades médico-quirúrgicas salvo Cirugía Maxilofacial y la unidad de quemados. De él dependen directamente el resto de centros del complejo.
- *Hospital del Meixoeiro (HM)*: En él se atienden a pacientes de forma ambulatoria tanto en consultas como para cirugía mayor ambulatoria, extracciones de sangre, radiología convencional, TACs o RMN, ... Además, se realizan cirugías con bajo grado de complicaciones que requieren un ingreso de corta duración. Servicios en exclusiva de referencia para toda la población: Radioterapia, Unidad de mama, Dermatología, Reumatología, Geriátrica, Alergología, Oftalmología, Endocrinología, cuidados paliativos, unidad del dolor, Medicina Nuclear, unidad de referencia para procesos infecciosos complejos como el ébola, el laboratorio central y la central de esterilización¹¹
- *Hospital Nicolás Peña*: Se dedica a la atención psiquiátrica de los pacientes crónicos y a las prestaciones ambulatorias en Psiquiatría. Sus servicios exclusivos son Rehabilitación Psiquiátrica, Unidad de Tuberculosis y Unidad del centro de Transfusión de Galicia.

El cuadro de personal del CHUVI está configurado, según la Memoria de 2016¹³, por un total de 773 licenciados sanitarios, 1.239 diplomados sanitarios, 1.142 técnicos, 1.036 de personal de gestión y servicios, 21 directivos, 8 religiosos, 3 personal de la Universidad y 212 personas en formación llegando a configurar un número total de 4413 profesionales.

El CHUVI cuenta con 1.273 camas repartidas entre los 3 centros de las que normalmente 1.153 están disponibles¹³. Se dividen en 1.205 camas para procesos agudos entre el HAC y el HM y 68 para procesos crónicos en el Hospital Nicolás Peña. Además, cuenta con 428 salas de consultas externas, pruebas y tratamientos, 154 puestos de hospital de día, 141 puestos de urgencias, 36 quirófanos, 4 salas especiales quirúrgicas, 30 incubadoras, 99 puestos del despertar, 20 salas de radiología convencional, 12 paritorios, 2 salas de hemodinámica y 1 sala de arritmias¹¹.

Por servicios se tienen los siguientes recursos¹¹:

- Servicio de Cardiología: Unidad de arritmias, cardiología intervencionista y sala de intermedios de cardiología.
- Servicio de Medicina Interna: Unidad de infecciosos-VIH, unidad de cuidados paliativos y unidad de corta estancia.
- Servicio de Nefrología: Unidad de hemodiálisis y unidad de diálisis peritoneal.
- Servicio de Neumología: Unidad de Tuberculosis y unidad del sueño.
- Servicio de Neurología: Unidad del ictus

- Servicio de Medicina Nuclear: Unidad de terapia metabólica.
- Servicio de Oncología RT: Una unidad de radioterapia, otra de braquiterapia y otra de radiocirugía.
- Servicio de Rehabilitación: Unidad de atención temprana.
- Servicio de Anestesiología: Unidad especializada en el dolor.
- Servicio de Ginecología: Un centro de orientación familiar y una unidad de reproducción humana.
- Servicio de Obstetricia: Unidad de alto riesgo.
- Servicio de Pediatría: UCI pediátrica, neonatología y UCI neonatal.
- Servicio de Psiquiatría: Una unidad de agudos, otra de crónicos y viviendas tuteladas.

Todos estos recursos se dividen de la siguiente manera¹¹:

El Hospital Álvaro Cunqueiro dispone de:

- 855 camas con capacidad de ampliación de un 30% (1098 camas). El 70% de las camas están diseñadas para uso individual inicial.
- 160 locales de consulta
- 60 gabinetes
- 24 quirófanos
- 116 puestos para cuidados críticos entre recuperación postanestésica, despertares y UCI.
- 124 puestos para Hospital de día para Oncohematología, Pediatría, Diálisis y Obstetricia.
- 12 unidades de trabajo, preparación y recuperación del parto
- Equipos de alta tecnología: 2 RM, 4 salas de TAC, 2 salas de Radiología Intervencionista, 2 arcos digitales, 1 quirófano híbrido con sala vascular, 1 quirófano híbrido con TAC y 5 ecógrafos con altas prestaciones.

El Hospital Meixoeiro dispone de:

- 350 camas
- 12 quirófanos
- 2 salas de cirugía menor
- Equipos de alta tecnología: 1 RM, 2 salas de TAC, 4 aceleradores lineales, 1 PET-TAC, 1 mamógrafo 3D, 1 mesa de biopsia prona, 2 ecógrafos de altas prestaciones.
- Se considera el mayor centro especializado de Galicia en atención ambulatoria quirúrgica, médica, oncología RT y en la atención integral al paciente crónico, de edad avanzada y al pluripatológico. En este momento está orientado a la actividad ambulatoria y de corta estancia y ha tenido un enorme peso en la disminución de las listas de espera por su alta actividad.

El Hospital Nicolás Peña dispone de:

- 4 unidades de Rehabilitación Psiquiátrica con 68 camas (Hospital de Día, Unidad de Continuidad de cuidados y unidad de psicogeriatría)

Respecto a la tecnología de atención especializada del complejo se resumen con 7 TACs, 3 RM, 1 PET, 3 gammacámaras, 2 angiógrafos para tratamiento endovascular periférico y neurológico, 1 angiógrafo vascular cardíaco, 1 mamógrafo, 1 mamotomo, 40 equipos

de hemodiálisis, 2 cicladores de diálisis peritoneal, 4 aceleradores lineales, 20 puestos de radiología convencional, 2 puestos de radiología por telemando, 1 densitómetro y 1 ortopantomógrafo.

La cartera de servicios del complejo y las prestaciones de cada especialidad, se muestran en la siguiente tabla¹³.

Tabla 3: Prestaciones de cada una de las especialidades del CHUVI (Fuente: Memoria de la EOXI de Vigo 2016)

SERVICIO	HOS	HD	CMA	PASE	CEX	URGENCIAS	HADO
ALERGOLOGÍA					SI		
CARDIOLOGÍA	SI			SI	SI	SI	
DIGESTIVO	SI			SI	SI	SI	
ENDOCRINOLOGÍA	SI				SI		
HEMATOLOGÍA	SI	SI			SI	SI	
HADO							SI
MEDICINA INTERNA	SI		SI		SI	SI	
NEFROLOGÍA		SI			SI	SI	
NEUMOLOGÍA	SI			SI	SI		
NEUROLOGÍA	SI				SI		
MEDICINA NUCLEAR	SI			SI	SI		
ONCOLOGÍA MÉDICA	SI	SI			SI		
ONCOLOGÍA RT	SI			SI	SI	SI	
RHB					SI		
REUMATOLOGÍA	SI				SI		
GERIATRÍA	SI				SI		
ANESTESIA	SI				SI	SI	
CIRUGIA VASCULAR	SI		SI		SI	SI	
CIR. PEDIÁTRICA	SI		SI		SI	SI	
CIR. CARDÍACA	SI				SI	SI	
CIR. MAXILOFACIAL							
CIR. TORÁCICA	SI				SI	SI	
CIR. PLÁSTICA	SI		SI		SI	SI	
CIR. GENERAL	SI		SI		SI	SI	
DERMATOLOGÍA	SI	SI			SI		
NEUROCIRUGÍA	SI		SI		SI	SI	
RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA	SI					SI	
NEURORRADIOLOGÍA	SI					SI	
OFTALMOLOGÍA	SI		SI		SI	SI	
ORL	SI		SI		SI	SI	
TRAUMATOLOGÍA	SI		SI		SI	SI	
UNIDAD TRASPLANTES	SI						
UROLOGIA	SI		SI		SI	SI	
GINECOLOGÍA	SI		SI	SI	SI	SI	
UNIDAD MAMA	SI		SI		SI		
MEDICINA INTENSIVA	SI					SI	
OBSTETRICIA	SI				SI	SI	
PEDIATRÍA	SI	SI			SI	SI	SI
UCI PED	SI						
NEONATOS	SI				SI		
PSIQUIATRÍA	SI	SI			SI	SI	SI

HOS: Hospitalización con ingreso

HADO: Hospitalización a domicilio

HD: Hospital de Día

CMA: Cirugía Mayor ambulatoria

PASE: Procedimientos ambulatorios en salas especiales.

CEX: Consultas externas.

URGENCIAS: Urgencias localizadas y presenciales.

Además de esta cartera de servicios el CHUVI dispone dentro de los servicios centrales de los siguientes departamentos:

- Diagnóstico por imagen:
Medicina Nuclear que ofrece gammagrafía-SPECT.
Radiodiagnóstico: Mamografías, radiología vascular, RM, TAC.
- Laboratorios:
Análisis clínicos-Bioquímica: Bioquímica e Inmunología
Anatomía Patológica: Con posibilidad de biopsias, citologías, inmunohistoquímica, inmunofluorescencia, microscopía electrónica, necropsias Banco de sangre.
Laboratorio de Hematología: Inmunobiología.
Microbiología: Bacteriología, Micología, serología, virología.
- Medicina Preventiva:
Medicina Preventiva y Prevención de Riesgos Laborales.
- Pruebas especiales:
Neurofisiología clínica: Electroencefalografía, electromiografía, electroneurografía. Potenciales evocados.
- Radioprotección:
Unidad de protección radiológica.

Aparte de la actividad asistencial, el CHUVI es un complejo con docencia acreditada para el pregrado de las titulaciones de enfermería, medicina, técnicos de cuidados auxiliares de enfermería y técnicos superiores. Tiene convenios con las Universidades de Vigo y de Santiago gracias a los cuales son recibidos alrededor de 1300 alumnos todos los años en el centro. Así mismo participa en la formación de residentes de enfermería, farmacia, medicina y psicología. De hecho, cuenta con un centro de simulación clínica avanzada para afrontar diferentes supuestos clínicos. Dentro de la formación MIR cuenta con 122 plazas acreditadas de 39 especialidades¹¹.

Así mismo, presenta una importante y creciente actividad investigadora representada por Fundación Biomédica Galicia Sur y el Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur. La primera pretende dar apoyo a los profesionales en las EOXIs de Vigo, Ourense y Pontevedra-O Salnés. El segundo fue creado en el 2008 con la acreditación del Instituto de Salud Carlos III de Madrid y busca afianzar la colaboración entre las áreas sanitarias del sur de Galicia y la Universidad de Vigo. Estas instituciones son pilares fundamentales para el nuevo concepto de Hospital del siglo XXI y el avance hacia la investigación traslacional.

3.1.3. Recursos Sociales y Comunitarios donde se localiza la Unidad de Gestión Clínica.

El CHUVI cuenta con trabajadores sociales de un Servicio propio de Trabajo Social dentro del complejo con representación en los 3 hospitales. Se encargan de la atención a los pacientes y sus familiares en todas las necesidades que puedan surgir tanto durante el ingreso hospitalario como al alta médica.

Es este servicio quien se encarga de:

-Hacer uso de los recursos sociales necesarios para la asistencia y apoyo social domiciliario a los pacientes dependientes que requieran cuidados al alta hospitalaria.

- Gestionar ingresos en centros de media y larga estancia para pacientes dependientes y que necesitan cuidados hospitalarios de forma crónica.
- Colaborar con la Unidad de Cuidados Paliativos para la gestión de cuidados domiciliarios o en centros especializados para los pacientes que los necesitan al final de su vida.
- Coordinar los recursos sociales de la Xunta de Galicia y Atención Primaria.

Dentro del propio hospital se creó en el año 2016 el Consejo Asesor de Pacientes del área sanitaria de Vigo¹¹, que es el primero en Galicia y uno de los pocos en España. Está constituido por representantes de medio centenar de asociaciones y una estructura de participación y asesoramiento de la Comisión de Dirección de la EOXI de Vigo. Su función principal es la de establecer y consolidar los canales de comunicación para que la opinión de los pacientes sea escuchada y estrechar los mecanismos de cooperación dirigidos a mejorar la salud de la población. En esta línea se ha hecho efectiva su participación incorporándolos al último plan estratégico del área sanitaria de Vigo. Tanta importancia tiene este consejo que desde marzo de 2017 cuentan con un local en el Hospital Álvaro Cunqueiro para su uso compartido y así cumplir con sus funciones informativas, de divulgación y de apoyo a aquellos pacientes que lo requieran. Entre algunas de las asociaciones que forman este colectivo destacan la asociación de donantes y receptores de órganos, la asociación española contra el cáncer, la asociación de enfermos de Alzheimer de Galicia, las asociaciones gallegas del Lupus, de afectados del VIH, de Hemofilia, la asociación de lucha contra la droga o la plataforma de lesionados medulares de Galicia.

Además, existe dentro del CHUVI un servicio de préstamos de camas con fines sociales a particulares, colectivos o ayuntamientos del área sanitaria de Vigo, cuyas peticiones son gestionadas por los trabajadores sociales del complejo. También es posible acceder a préstamos de sillas de ruedas avaladas por el facultativo de atención primaria que corresponda para pacientes que las precisen por falta de movilidad.

Como recurso comunitario, existe un banco de leche materna donada por madres seleccionadas dentro del HAC que se distribuye a los niños hospitalizados que lo necesiten y está gestionado por Pediatría y una unidad de Trabajo Social.

Así mismo, existen otros recursos sociales dentro de la estructura sanitaria de la comunidad autónoma de Galicia de los que pueden beneficiarse los pacientes del área:

- *Centros y servicios para mayores*: centros de día para personas mayores, centros de mayores, residencias para personas mayores dependientes o en riesgo de serlo, residencias para personas mayores, autónomas, un programa de voluntariado para personas con Alzheimer y un programa de teleasistencia domiciliaria.
- *Discapacidad*: Centros para personas con discapacidad, programas de respiro familiar para cuidadores de personas con dependencia o discapacidad, apartamentos tutelados y el servicio gallego de apoyo a la movilidad para personas con discapacidad o en situación de dependencia.
- *Infancia*: Programa de atención inmediata para niños escolarizados con patologías crónicas.

3.1.4. Recursos estructurales actuales de la Organización.

El CHUVI cuenta con 1.273 camas repartidas entre los 3 centros de las que normalmente son 1.153 funcionantes. Se dividen en 1.205 para procesos agudos entre el HAC y el HM y 68 para procesos crónicos en el Hospital Nicolás Peña.

Ya se han explicado en el apartado anterior parte de los recursos estructurales del complejo.

Revisaremos ahora la organización estructural del CHUVI puesto que cada uno de los centros que lo componen fue creado en una época diferente.

El Hospital Nicolás Peña¹¹

Es el más antiguo de los 3, inaugurado en 1896, ha tenido diversas renovaciones hasta la última en el 2001. Responde al hospital estructurado en pabellones sanitarios y está situado en el centro de la ciudad de Vigo. Cada pabellón tiene una función diferenciada:

Pabellón 1: Edificio de hospitalización, ala corta. Unidades de salud mental de adultos e infanto-juvenil.

Pabellón 2: Edificio de hospitalización, ala larga. Unidades de salud mental de adultos e infanto-juvenil.

Pabellón 3: Contratación administrativa y consultas de Psiquiatría.

Pabellón 4: Consultas de Psiquiatría y base del Centro de Transfusiones de Galicia y Hospital de día de Psiquiatría.

Pabellón 5: Servicios generales del hospital, servicios centrales, admisión y servicio de mantenimiento.

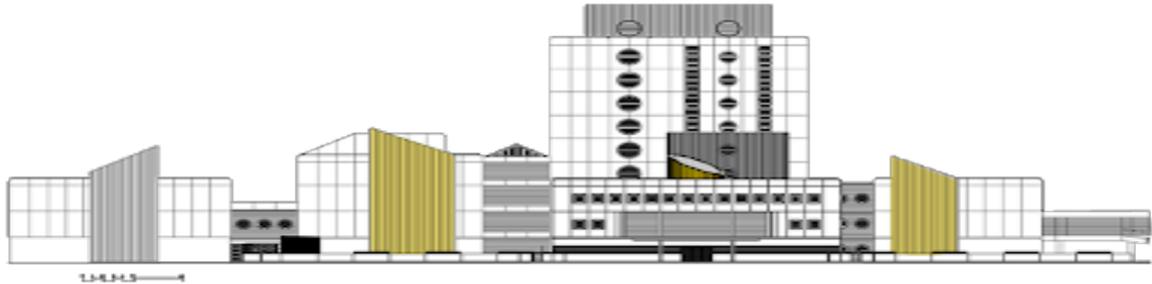
Pabellón 6: Dirección de recursos económicos.



Ilustración 11: Plano del Hospital Nicolás Peña (Fuente: Memoria 2016 EOXI Vigo)

Hospital Meixoeiro

Corresponde a la estructura del hospital en bloques de tipo vertical distribuido en un edificio principal de 2 plantas y un sótano y otro edificio de hospitalización con 2 alas de 7 plantas cada una y 2 sótanos.



EDIFICIO PRINCIPAL		
PLANTAS	2	Medicina Preventiva Neurorrehabilitación: Lesionados Medulares Consultas: Oftalmología e Endocrinología
	1	UCMA, Unidade da dor Consultas: Dermatología e Alergología
	0	Información, Admisión, Peral, Unidade de Patología de Mama, Radiodiagnóstico, Laboratorio, Banco de sangue, Resonancia Magnética e Extraccións Consultas: Rehabilitación, Traumatología, Reumatología, Medicina Interna, Anestesiología e Electrocardiograma
	-1	Rehabilitación, Medicina Nuclear, Farmacia e Esterilización Consultas: Xeriatria, Laboratorio, Holter, Fototerapia Dermatología e Consulta de Psiquiatría

Hospitalización			
	Ala 1	Ala 2	
PLANTAS	7	Unidade de Coidados Paliativos	Medicina Interna
	6	Medicina Interna	Medicina Interna e U. P. Patolóxicos
	5	Medicina Interna	Medicina Interna
	4	Traumatología	Anxiología e Cirurxía Vascular, Cirurxía Plástica, Neurocirurxía, Otorrinolaringología e Traumatología
	3	Cirurxía Xeral e Unidade de Patología de Mama	Cirurxía Xeral, Consulta de endoscopias, Xinecoloxía e Uroloxía
	2	Xeriatria	Endocrinología, Xeriatria, Oftalmología, Radioterapia, Rehabilitación e Reumatología
	1	Unidade Cirurxía Maior Ambulatoria (UCMA1 e UCMA2),	URPA: Reanimación e Despertar
	0		
	-1	Medicina Nuclear	
-2		Radioterapia	

Ilustración 12: Plantas del Hospital Meixoeiro y plano del mismo (Fuente: web EOXI Vigo y web del arquitecto; <http://joaquinvaamonde.blogspot.com/2011/02/2000-2009.html#links>)

Hospital Álvaro Cunqueiro

Es el más moderno, inaugurado en el 2015 y situado en la parroquia de Beade. Corresponde por su estructura al hospital en bloques en horizontal con 6 velas de 4 alturas para la hospitalización con la idea de crear unidades funcionales y la división por bloques. Tiene certificación medioambiental de construcción sostenible BREEAM¹⁴

	A	B	C	D	E	F
PLANTAS	4	Cardioloxía Cir. Cardíaca	Cardioloxía Cir. Cardíaca	Cir. Vascular Cir. Torácica	Xinecoloxía Obstetricia	Obstetricia
	3	Oncoloxía	Hematoloxía	Med. Interna	Med. Interna	Pediatría Cirurxía Pediátrica
	2	Traumatoloxía	Traumatoloxía Cir. Plástica	Pneumoloxía	Neuroloxía	Neuroloxía Otorrinolaringoloxía
	1	Curta estancia Dixestivo	Dixestivo Nefroloxía	Uroloxía Cir. Xeral	Cir. Xeral	Psiquiatría
	0	Admisión	At. Paciente, Control de Xestión, Traballo Social	Cafetería Pública	Cafetería Persoal	Xerencia

A



B

BLOQUE TÉCNICO		
PLANTAS	4	UCI, Hemodinámica, Quirófanos, Bloque Obstétrico, Neonatoloxía
	3	Diagnóstico por imaxe, Urgencias, HADO
	2	Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur, Rehabilitación, Anatomía Patolóxica, Laboratorio, Banco de Sangue, Atención Temperá, Servizos Xerais
	1	Aparcadoiro persoal



C

D

Ilustración 13: A, B y C Distribución por velas y bloques y plano del Hospital Álvaro Cunqueiro (Fuente: www.xxivigo.sergas.gal) D: Plano de una vela de cada planta del hospital. (Fuente: plano hospitalario, elaboración propia)

El 70% de las habitaciones de este hospital están diseñadas para ser individuales con posibilidad de doblarlas en un 30%. Cada una tiene un aseo por habitación, climatización, televisión para cada cama y línea de teléfono. El hospital fue finalizado en abril de 2015 con una superficie de 297.234 metros cuadrados.

3.1.5. Actividad asistencial de los últimos años de la organización (Información obtenida de las memorias de actividad de 2014, 2015, 2016 y 2017)^{13,15,16,17}

Respecto a la actividad asistencial realizada en el CHUVI en los últimos años, disponemos de datos públicos desde 2014 hasta 2017, ya que recientemente se ha publicado la memoria del año pasado.

En las siguientes tablas se muestran los datos de actividad asistencial referentes a los CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos), así como los datos de hospitalización, actividad quirúrgica y actividad de consultas externas de los últimos 4 años. Durante los 2 últimos se observa que ha habido cambios sustanciales debido a la reorganización del complejo hospitalario.

Tabla 4: *Tabla de datos básicos de CMBD (Fuente: Memoria EOXI 2014,2015,2016 y 2017)*

CMBD	2014	2015	2016	2017
Total de altas codificadas (SIAE)	40.992	40.444	40.740	40.670
Porcentaje de codificación	100%	100%	100%	100%
Estancia media global	7,83	7,92	7,94	7,92

Tabla 5: *Tabla de datos básicos de Hospitalización (Fuente: Memorias anuales de la EOXI de Vigo 2014, 2015,2016 y 2017)*

HOSPITALIZACIÓN	2014	2015	2016	2017
Ingresos programados	10.989	9.796	10.185	10.357
Ingresos urgentes	26.409	26.606	26.402	26.435
% urgencias ingresadas	14,46	15,22	15,15	15,18
Índice ocupación	79,65	76,57	81,16	80,58
Tasa de mortalidad %	5,01	5,69	5,75	5,70
Índice de rotación	37,22	35,27	37,53	36,63

Tabla 6: *Actividad quirúrgica de los últimos 4 años (Fuente: Memorias anuales de la EOXI de Vigo del 2014, 2015, 2016 y 2017)*

ACTIVIDAD QUIRÚRGICA	2014	2015	2016	2017
Procedimientos programados con hospitalización.	10.107	9.817	9.975	9.850
Procedimientos programados ambulatorios	16.714	16.979	18.077	18.543
CMA	10.224	10.554	11.575	11.700
Procedimientos no programados con hospitalización.	7.044	6.012	4.258	4.352
Procedimientos no programados ambulatorios	964	989	931	944
Rendimiento quirúrgico (%)	76,12	73,70	75	75,70
Intervenciones suspendidas	647	817	757	733

Como características de la evolución de los ingresos hospitalarios, se observa una estabilidad en el número de ingresos programados y urgentes. Sin embargo, se observa un aumento progresivo de los procedimientos ambulatorios tanto quirúrgicos como médicos (endoscopias, terapias biológicas, ...) El grado de ambulatorización de los procesos quirúrgicos ha aumentado tanto para CMA, como para procedimientos programados ambulatorios. Se observa una disminución importante en los procedimientos no programados con hospitalización. Es posible que esta disminución tan importante que se observa se deba a la inauguración del nuevo hospital y al enfoque del HM como centro especializado en cirugía ambulatoria y de corta estancia.

Tabla 7: Actividad de Consultas externas en los últimos 4 años (Fuente: Memorias anuales 2014, 2015, 2016, 2017)

ACTIVIDAD CONSULTAS EXTERNAS	2014	2015	2016	2017
Total primeras consultas	244.056	222.933	213.061	216.313
Total consultas sucesivas	507.075	502.217	493.135	500.247
Altas	128.595	120.072	123.728	123.547
Relación sucesivas/primeras	2,08	2,25	2,31	2,32
Altas/Primeras consultas	0,53	0,54	0,58	0,57

Respecto a la actividad total de las consultas externas del CHUVI en los últimos 4 años, ha habido una disminución progresiva del total de consultas, tanto de las primeras como de las sucesivas. Se observa un índice de sucesivas y primeras que ha aumentado progresivamente, así como una tendencia progresiva al alza en el índice de altas y primeras consultas. Es posible que la disminución de las primeras consultas se deba, entre otras cosas, a que el CHUVI dejó de ser el centro de referencia para especialidades como cirugía torácica, cardíaca, plástica y hemodinámica para el área sanitaria de Pontevedra-O Salnés que representa una pérdida de 300.000 habitantes a favor del Complejo Hospitalario de Santiago.

3.1.6. Plan Estratégico de la Organización donde se localiza la Unidad de Gestión Clínica.

La EOXI de Vigo asume que su misión es la de proporcionar a su población de referencia una asistencia sanitaria integral, personalizada y excelente, con criterios de equidad y eficiencia, generando conocimiento y potenciando docencia, investigación e innovación¹⁰.

El plan estratégico de la EOXI de Vigo está alineado con el del SERGAS para el 2020¹⁸. Para el Servicio Gallego de Salud, hay 2 factores muy importantes para los próximos años, que son el progresivo envejecimiento de la población y la cronicidad de las patologías que se tratan habitualmente. Ante esto, se concibe el Plan estratégico de la Comunidad Autónoma sobre 2 pilares: la atención cada vez más próxima y humana al paciente y las necesidades de cuidar a los profesionales.

El objetivo principal de la estrategia del SERGAS para el 2020 es mejorar la salud de la ciudadanía, y para ello, se apoya sobre 4 ejes o prioridades y 20 líneas estratégicas:

Tabla 8: Estrategia 2020 para el SERGAS (Fuente: Plan de estrategia del SERGAS 2020)

EJES	LÍNEAS ESTRATÉGICAS
<p>Proporcionar atención integral adaptada a las necesidades de los usuarios, pacientes, familiares y cuidadores</p>	<p>1.Desarrollar intervenciones de promoción y prevención de la enfermedad con una visión integral. 2. Mejorar la consideración y accesibilidad en la prestación de los servicios. 3.Orientar la estructura de prestación de servicios en base a la atención a la cronicidad. 4.Avanzar en el empoderamiento de los pacientes. 5.Incrementar el sentimiento de propiedad y responsabilidad de los ciudadanos sobre el SERGAS. 6.Impulsar la gestión del conocimiento e investigación. 7.Mejorar la fiabilidad de los servicios reduciendo la variabilidad y mejorando la coordinación entre los mismos.</p>
<p>Generar profesionales comprometidos y cuidados por la organización</p>	<p>8.Favorecer la comunicación con los profesionales, usuarios y sociedad. 9.Fortalecer la credibilidad de los gestores del sistema. 10.Fortalecer la responsabilidad y capacidad de los directivos y mandos intermedios de la organización 11.Cuidar a los buenos profesionales desde que entran en la organización. 12.Potenciar la versatilidad-polivalencia de los profesionales del sistema. 13.Implicar a los profesionales como criterio básico en el desarrollo y gestión de la organización.</p>
<p>Conseguir una gestión eficiente que contribuya a la sostenibilidad del sistema sanitario</p>	<p>14.Uso de nuevos modelos de asignación de recursos para mejorar la equidad de acceso a los servicios. 15. Establecer medidas de mejora de la eficiencia del sistema para garantizar su sostenibilidad. 16.Ser un pilar fundamental del desarrollo sostenible de Galicia. 17.Ser un referente en la Responsabilidad Social Corporativa de Galicia e implicar a todos los agentes sociales en los proyectos.</p>
<p>Infraestructuras, equipamientos sanitarios y sistemas de información adaptados a las necesidades de pacientes y profesionales</p>	<p>18.Optimizar los sistemas de información. 19.Priorizar y asegurar la implantación de innovaciones tecnológicas que fueran evaluadas positivamente. 20.Adecuar las instalaciones y los equipamientos a las necesidades de los usuarios y trabajadores.</p>

Dentro del plan estratégico de la propia EOXI de Vigo y del CHUVI se establecen como líneas estratégicas¹⁰:

Tabla 9: Ejes y líneas del Plan estratégico de la EOXI de Vigo 2017-2021 (Fuente: Plan estratégico EOXI Vigo)

EJES	LÍNEAS ESTRATÉGICAS
El paciente es lo primero	1.Buscar una sanidad más humana individualizando las prestaciones sanitarias y mejorando la escucha activa y la información a los pacientes.
Cuidado, desarrollo y reconocimiento de los profesionales	2.Potenciar una escucha activa a los profesionales y su implicación en la gestión de la EOXI. 3.Identificar el talento de los profesionales en formación, potenciar el existente. 4.Mejorar la comunicación interna de los departamentos.
Prevención, educación y coordinación sociosanitaria	5.Potenciar la prevención y la atención comunitaria. 6.Fomentar la autorresponsabilidad del paciente y herramientas de teleasistencia. 7.Incrementar la coordinación de la EOXI con los dispositivos de atención sociosanitaria.
Accesibilidad y continuidad asistencial	8.Reducir la demora de la consulta externa y mejorar su accesibilidad en los procesos preferentes. 9.Incrementar las vías rápidas y los circuitos de acceso preferente con una visión interdisciplinar. 10.Reducir la demora en las listas de espera quirúrgicas, principalmente el cuello de botella que supone la lista de espera de Traumatología. 11.Consolidar la cirugía mayor ambulatoria con procesos de mayor complejidad y estrategias de rehabilitación multimodal.
Cronicidad y pluripatología	12.Potenciar el desarrollo de la atención domiciliaria. 13.Potenciar la teleasistencia, la hospitalización a domicilio, y los hospitales de día. 14.Reforzar el papel de la enfermería y la visión interdisciplinar.
Buscar la excelencia asistencial	15.Potenciar la medicina personalizada. 16.Fomentar las unidades funcionales interdisciplinares. 17.Estratificar por perfil de riesgo a los pacientes de atención primaria. 18.Mejorar la coordinación entre urgencias, centros ambulatorios y hospitales. 19.Reducir la variabilidad clínica en los estamentos profesionales.
Gestión del conocimiento, investigación e innovación	20.Aumentar las acreditaciones docentes para formación postgrado. 21.Incrementar la actividad investigadora de la EOXI para acreditar el Instituto de Investigación Galicia Sur. 22.Fortalecer las colaboraciones científicas de la EOXI tanto con el área de referencia como transfronteriza con el norte de Portugal. 23.Innovar en la aplicación de tecnología a las necesidades de los pacientes y facilitar el acceso a la medicación innovadora a través de los ensayos clínicos.
Calidad, Seguridad, estandarización y mejora continua	24.Promover la cultura de la seguridad, estandarizar y protocolizar las principales actividades. 25.Acreditar servicios y unidades con estándares de calidad internacional. 26.Entender el uso de cuadros de mando. 27.Reforzar las peticiones electrónicas. 28.Potenciar la transparencia y promover la sensibilización por el respeto al medio ambiente.

3.1.7. Situación de la Especialidad de Neurocirugía dentro de la Comunidad Autónoma de Galicia.

La NCR es una “especialidad médica de carácter quirúrgico que se ocupa de la prevención, diagnóstico, evaluación, terapéutica, cuidado intensivo y rehabilitación de las enfermedades quirúrgicas o potencialmente quirúrgicas del sistema nervioso central, periférico y autónomo, incluyendo sus cubiertas, vascularización y anejos como la hipófisis, así como del manejo operatorio y no operatorio del dolor, cualquiera que sea la edad del paciente”¹⁹.

La asistencia especializada en Neurocirugía incluye la asistencia ambulatoria, los ingresos en hospitales, la asistencia urgente y la realización de las técnicas quirúrgicas. Esta asistencia debe proporcionarse con la máxima calidad y en condiciones de proximidad al entorno del paciente, respetando los principios de universalidad, equidad y justicia, establecidos en la Ley General de Sanidad (25 abril, 14/1986)

En el momento actual es una especialidad hospitalaria que se ofrece en 6 de los 29 hospitales de la red pública de Galicia con docencia acreditada para la formación MIR en 3 de estos hospitales, que son los de tercer nivel de la comunidad autónoma. Por tanto, existen varios hospitales dentro de la comunidad que no ofertan asistencia de la especialidad lo que obliga a su derivación a hospitales donde sí existe. Incluso, aunque el centro tenga la especialidad es necesario en algunas ocasiones remitir al paciente a otro centro. Puede ser el caso de la patología que requiere un diagnóstico mediante angiografía, en cuyo caso los pacientes de Lugo son remitidos al CHUAC o los de Ourense al CHUVI. Además, el Complejo Hospitalario de Santiago es centro de referencia a nivel autonómico y nacional para la neurocirugía funcional y de la epilepsia.

Lamentablemente, no existen datos publicados sobre la actividad de cada uno de los centros que tienen Neurocirugía al igual que no existe libre elección de centro dentro de la comunidad, aunque sí existe derecho a una segunda opinión en otro centro del territorio.

Actualmente existen varios problemas en relación con la especialidad debido a las características de las patologías que se tratan:

- Escasa colaboración directa con otras especialidades como rehabilitadores, anesestesiólogos, endocrinólogos, radiólogos o psicólogos que pueden resultar fundamentales para el tratamiento integral de los pacientes.
- Falta de existencia de unidades multidisciplinarias necesarias para el tratamiento de determinadas patologías que requieren una atención integral.
- La especialidad ha conocido un gran desarrollo en los últimos años debido a la evolución tecnológica. Hay necesidad de inversión de grandes sumas en tecnología para mejorar el tratamiento de los pacientes.

Los retos del futuro de la especialidad pasan por:

- Potenciar las intervenciones quirúrgicas en régimen de CMA o unidades de corta estancia.
- Potenciar la inversión en tecnología para mejorar la seguridad de los pacientes y la eficiencia de las intervenciones.
- Potenciar la creación de unidades Multidisciplinarias (Unidad de columna, Unidad de patología hipofisaria, Unidad de neurooncología, Unidad de patología cerebrovascular)

- Mejorar las relaciones interhospitalarias: mantener un flujo adecuado de pacientes con atención continuada en la especialidad desde hospitales carentes de la misma, crear programas de calidad interhospitalaria, crear unidades de referencia, crear vías clínicas comunes y fomentar la formación continuada
- Mejorar las relaciones y la colaboración con otras especialidades.
- Adecuar y si es posible ampliar de las carteras de servicios para que sea acorde a la demanda asistencial.

3.2. Análisis interno

3.2.1. Recursos Humanos y Estructura Funcional del Servicio

3.2.1.1. Recursos Humanos

El Servicio de NCR del CHUVI cuenta en el momento actual con una plantilla orgánica constituida por un jefe de servicio, 7 facultativos especialistas de área y 4 especialistas MIR en formación. En la siguiente figura se representa el organigrama del servicio:

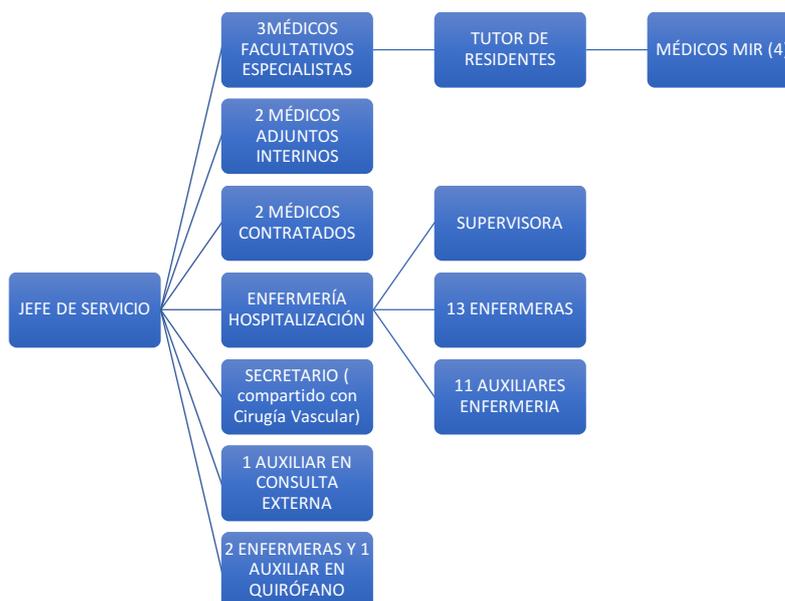


Ilustración 14: Organigrama del Servicio de Neurocirugía (Fuente: Elaboración propia)

- El Tutor de Residentes es uno de los facultativos con plaza y es la persona responsable directa de la docencia de los residentes del Servicio. Está encargado de planificar su itinerario y colaborar activamente en su aprendizaje para que cumplan el programa formativo de la especialidad. Además, debe evaluar periódicamente el cumplimiento de estos objetivos.
- Respecto a los médicos MIR, la política del departamento es ofrecer una plaza durante 3 años consecutivos y al siguiente no ofrecerla. De esta forma, se asegura una formación óptima de los residentes de acuerdo al volumen de pacientes que asiste el centro.

- Las enfermeras en quirófano dependen estructuralmente de la dirección de enfermería, pero intervienen de forma activa en el trabajo diario y la organización asistencial del servicio

3.2.1.2. Estructura Funcional

La infraestructura y organización del Servicio se distribuye de la siguiente forma:

1. *Actividad en consultas externas:* Se desarrolla casi por completo en el Hospital Álvaro Cunqueiro en turno de mañana en la planta-1. Contamos con 2 consultas diarias para atender pacientes ambulatorios. Cada especialista tiene una consulta nominal (8 consultas nominales), un día a la semana el residente mayor tiene una consulta con pacientes de primera visita y revisiones y otro día semanal, existe una consulta rotatoria para valorar síndromes del túnel carpiano.
2. *Cirugía Mayor ambulatoria:* Esta actividad se realiza en los quirófanos del Hospital del Meixoeiro en la primera planta. Tenemos todas las semanas 2 quirófanos, uno en turno de mañana y otro de tarde. En ellos se realizan cirugías con anestesia local y/o sedación. Principalmente se trata de cirugía de liberación del túnel del carpo, resección de osteomas craneales y pruebas diagnósticas para la hidrocefalia del adulto (test de infusión de Klantzman). Normalmente se intervienen entre 4 y 6 pacientes por sesión de quirófano.
3. *Actividad quirúrgica:* Esta actividad se refiere a 2 modalidades: cirugía con anestesia local y sedación o anestesia general, todas ellas con ingreso hospitalario. Se desarrolla principalmente en el Hospital Álvaro Cunqueiro en el área de quirófanos que se encuentra en la planta 4º en los quirófanos 20 y 9. El servicio de NCR cuenta con 6 turnos de actividad quirúrgica semanal, todos de mañana. Se intercalan procedimientos de alta y media complejidad. Además, en muchas ocasiones se cuenta con un quirófano a mayores en turno de mañana para cirugías urgentes diferidas o programadas que no se pueden demorar. El servicio cuenta con un grupo de anestelistas subespecializados que son fijos en las intervenciones de nuestra unidad, aunque sea en un quirófano extra. Así mismo, existen intervenciones quirúrgicas de urgencia que no pueden ser asumidas por la actividad programada y se realizan en el quirófano de urgencias (quirófano 21) situado en la 4º planta del área quirúrgica, muy cerca de los de cirugía programada. Además, el servicio cuenta con un turno de quirófano de mañana en el Hospital del Meixoeiro a la semana para cirugía de complejidad media con ingreso hospitalario de corta estancia.
4. *Radiocirugía:* Todas las semanas, se dispone de una consulta ambulatoria en el Hospital Meixoeiro para seguimiento de pacientes con patología del SNC tratados con radiocirugía en la planta -1 del centro en el departamento de Oncología Radioterápica.
5. *Hospitalización:* La hospitalización programada de pacientes quirúrgicos se realiza principalmente en el Hospital Álvaro Cunqueiro en la 2º planta en la vela

F, al igual que los pacientes procedentes de urgencias. Es una planta únicamente de NCR que cuenta con 30 camas que cuando no son ocupadas por nuestros enfermos se ocupan por pacientes de otras especialidades. Dado que también intervenimos pacientes de forma programada en el Hospital del Meixoeiro, allí se dispone de 2 camas de las 22 del ala 2 de la 4º planta. Se comparten las camas con Cirugía Vasculat, Cirugía Plástica, ORL y Traumatología.

6. *Atención Continuada de Urgencias*: las urgencias relacionadas con la especialidad son asumidas por el servicio de NCR, normalmente de primera llamada. Se realizan guardias de 17 horas de lunes a sábado y de 24 horas los domingos y festivos. La atención se realiza normalmente de forma inicial por un MIR bajo la supervisión de un facultativo especialista que se encuentra de presencia salvo en el caso del MIR de 5º año en cuyo caso el adjunto está localizado.
7. *Actividad Docente*: El servicio de Neurocirugía de Vigo fue creado en 1973 y desde sus inicios contó con docencia acreditada y formación de residentes por la vía previa al MIR y la propia vía MIR después. La especialidad de Neurocirugía cuenta con una formación de 5 años, período durante el cual el médico MIR adquiere capacidades técnicas, asistenciales e investigadoras para ser un especialista autónomo. El Hospital Álvaro Cunqueiro está adscrito a la Universidad de Santiago como centro de formación de la carrera de Medicina. Aunque la NCR como tal no está incluida como asignatura dentro del programa formativo de la carrera sino adscrita a Neurología, los estudiantes del 2º ciclo de medicina pueden elegir el servicio como rotación libre dentro de su formación práctica.
8. *Formación continuada*: Dentro de las actividades de formación continuada para los especialistas del servicio se incluyen cursos de formación continuada acreditados por diferentes sociedades científicas, congresos autonómicos y nacionales (Congreso de la Sociedad Gallega de Neurocirugía, Congreso Nacional de la Sociedad Española de Neurocirugía) o participación en diferentes cursos nacionales e internacionales de laboratorio de disección.
9. *Investigación*: En el último año se han iniciado diferentes líneas de investigación como el estudio de las dinámicas de flujo de los aneurismas cerebrales y la aplicación de sellantes para disminuir las complicaciones postquirúrgicas de cirugía intradural.

3.2.2. Cartera de servicios

Dentro de la Cartera de Servicios del Departamento de NCR de la EOXI de Vigo se encuentran los procedimientos y técnicas quirúrgicas desglosados por patologías:

Tabla 10: Cartera de servicios de NCR EOXI Vigo. (Fuente: Programa Oficial de NCR. Informe de docencia de servicio NCR Vigo)

PATOLOGÍAS	PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS QUIRÚRGICAS
TRAUMATISMOS CRANEOENCEFÁLICOS EN ADULTOS	<ul style="list-style-type: none"> -Trépanos (drenaje ventricular externo, monitor PIC, reservorios). -Hematoma subdural crónico (Trépanos). -Craneotomías para hematoma epidural, subdural, intracerebral o contusión. -Cirugía de fracturas con hundimiento. -Craneotomías para tratamiento de fistula de LCR por defecto dural. -Cranioplastias.
PATOLOGÍA BENIGNA Y ONCOLÓGICA SUPRATENTORIAL EN ADULTOS Y DE BASE DE CRÁNEO.	<ul style="list-style-type: none"> -Craneotomía y resección de tumores intrínsecos primarios y metastásicos. -Craneotomía y resección de meningiomas. -Cirugía transesfenoidal microscópica y endoscópica de adenomas hipofisarios. -Craneotomía para cirugía de tumores hipofisarios. -Craneotomía de patología benigna: tumores epidermoides, quiste aracnoideo.
PATOLOGÍA DE FOSA POSTERIOR EN ADULTOS	<ul style="list-style-type: none"> -Craneotomía suboccipital para resección de tumores primarios o metastásicos. -Cirugía de descompresión de fosa posterior para malformación de Chiari. -Craneotomía de fosa posterior para patología benigna: tumores epidermoides, quiste aracnoideo, neurinomas de pares craneales, ...
INFECCIONES CRANEALES Y ESPINALES EN ADULTOS	<ul style="list-style-type: none"> -Craneotomías y laminectomías espinales para tratamiento y evacuación de abscesos y empiemas subdurales.
PATOLOGÍA VASCULAR	<ul style="list-style-type: none"> -Craneotomía supra e infratentoriales para clipaje de aneurismas. -Craneotomías supra e infratentoriales para resección de MAV. -Craneotomías supra e infratentoriales para cirugía de resección de cavernomas. -Craneotomía supra e infratentoriales para evacuación de hematomas intracerebrales espontáneos hemisféricos y cerebelosos.
PATOLOGÍA DE LCR, HIDROCEFALIA EN ADULTOS	<ul style="list-style-type: none"> -Procedimientos de test de infusión para diagnóstico de hidrocefalia. -Implante de derivación ventrículooperitoneal o ventrículoatrial. -Revisión de sistema de derivación en caso de malfunción. -Ventriculostomía endoscópica para tratamiento de hidrocefalias obstructivas. -Implante de drenaje ventricular externo.

PATOLOGÍA ESPINAL EN ADULTOS	<ul style="list-style-type: none"> -Microdiscectomía anterior y foraminotomía posterior en patología degenerativa cervical y mielopatías cervicales. -Instrumentación cervical anterior o posterior en patología degenerativa cervical. -Microdiscectomía para hernia discal lumbar. -Instrumentación lumbar para estabilización y liberación en espondilosis lumbar. Laminotomía y laminectomía por claudicación lumbar. -Cirugía de resección de tumores espinales extradurales e intradurales extra e intramedulares. -Resección de tumores vertebrales e instrumentación. -Descompresión e instrumentación en casos de trauma espinal.
PATOLOGÍA DEL TRIGÉMINO Y OTRAS NEURALGIAS EN EL ADULTO	<ul style="list-style-type: none"> -Rizotomía de ganglio de Gasser, compresión con balón. -Microdescompresión vascular del nervio trigémino.
NEUROCIRUGÍA FUNCIONAL Y ESTEREOTÁXICA EN EL ADULTO	<ul style="list-style-type: none"> -Biopsia estereotáxica para tumores -Electroestimulación terapéutica.
PATOLOGÍA DEL NERVIOS PERIFÉRICO EN EL ADULTO	<ul style="list-style-type: none"> -Cirugía de descompresión de túnel carpiano. -Transposición de nervio cubital por atrapamiento. -Cirugía de resección de patologías oncológicas de nervio periférico.
PATOLOGÍA DE LCR EN HIDROCEFALIA Y MALFORMACIONES CONGÉNITAS EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA	<ul style="list-style-type: none"> -Implante de drenaje ventricular externo. -Implante de derivaciones ventriculoperitoneales y atriales. -Ventriculostomía endoscópica. -Cirugía de defectos de canal espinal caudal: meningocele, lipomas, médula anclada. -Suturotomías para tratamiento de defectos craneofaciales.
PATOLOGÍA DE TRAUMA CRANEAL EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA	<ul style="list-style-type: none"> -Trépanos, monitorización de PIC, implante de drenajes ventriculares y reservorios intratecales. -Evacuación de hematomas e higromas subdurales por trépanos y craneotomía. -Craneotomía de fracturas craneales.
PATOLOGÍA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA	<ul style="list-style-type: none"> -Craneotomías supratentoriales e infratentoriales para resección de tumores.

No se encuentra dentro de esta cartera de servicios algunas técnicas muy específicas de cirugía funcional como la psicocirugía, cirugía de la epilepsia o cirugía de trastornos del movimiento. Se necesita colaboración de los servicios de neurología pediátrica, neurofisiología y una unidad de estudio de epilepsia para el estudio y tratamiento de los pacientes que requieren estas técnicas. Suelen realizarse en centros de referencia nacional debido a la baja incidencia que presentan. En nuestra comunidad se derivan todos los pacientes susceptibles de tratamiento al Complejo Hospitalario de Santiago para valoración, puesto que es el centro de referencia para ello.

3.2.3. Análisis de los datos de funcionamiento del Servicio en los últimos años.

A continuación, se muestra la actividad asistencial del Servicio en los últimos 3 años, 2015, 2016 y 2017. No se presentan los anteriores puesto que no son representativos por el cambio que ha sufrido el departamento en los últimos 3 años con la reorganización del área sanitaria, la creación del nuevo hospital y traslado en 2016 y el cambio de jefatura que se produjo hace 3 años. Los datos de la actividad han sido facilitados, previa autorización, por el Servicio de Documentación Clínica del Hospital.

Tabla 11: Cuadro de Mando asistencial de Hospitalización para el Servicio de Neurocirugía (Fuente: Memoria de actividad de NCR 2015,2016,2017)

ACTIVIDAD DE HOSPITALIZACIÓN-NEUROCIRUGÍA XXIV										
AÑO	ING PROG	ING NO PROG	TRAS INT	ING TOTAL	ALTAS EXT	ALTAS INT	ESTANCIA MEDIA	INDICE OCUPACION %	TASA MORT %	IC REC
2015	296	249	360	905	683	219	9,58	78,57	3,22	141
2016	280	265	379	924	666	254	9,32	86,34	3,45	190
2017	305	280	490	1.075	719	353	8,58	90,19	3,20	166

ING PROG: Ingresos programados; ING NO PROG: Ingresos no programados, TRAS INT: Traslados internos; ING TOTAL: Ingresos Totales; TASA MORT: Tasa de mortalidad; ALTAS INT: Altas internas; ALTAS EXT: Altas externas; (No se consideran dentro de las altas las defunciones); IC REC: Interconsultas recibidas

Tabla 12: Cuadro de mando asistencial de la actividad en las consultas externas. (Fuente: Memoria actividad de NCR 2015,2016,2017)

ACTIVIDAD DE CONSULTAS					
AÑO	TOTALES	PRIMERAS	SUCESIVAS	INDICE E/S	DEMORA MEDIA
2015	6.905	1.774	5.131	1,01	15,62
2016	6.756	1.724	5.032	1,07	31,85
2017	6.732	1,780	4.952	1,05	39,74

INDICE E/S (1º): Índice de entrada/salida primera consulta

Tabla 13: Cuadro de Mando de actividad quirúrgica desde perspectiva general (Fuente: Memoria de actividad de NCR 2015,2016,2017)

ACTIVIDAD QUIRÚRGICA TOTAL								
AÑO	IQ TOTAL	PROG CON INGRESO	CMA	OTRAS CIRUG. AMBULAT	IQ URGENTES	IQ SUSPENDIDAS	% SUSPENSIONES	Nº SESIONES
2015	945	420	337	19	169	26	3,24	333
2016	1.040	414	398	23	205	21	2,45	347
2017	1.009	435	337	32	205	16	1,95	357

CMA: Cirugía mayor Ambulatoria; Las cirugías de corta estancia están incluidas en el apartado de cirugías programadas con ingreso

Tabla 14: Tabla 14: Cuadro de Mando de actividad quirúrgica programada (Fuente: Memoria de actividad de NCR 2015,2016,2017)

ACTIVIDAD QUIRÚRGICA PROGRAMADA								
AÑO	IQ PROG CON INGRESO	IQ CORTA ESTANCIA	CMA	OTRA IQ AMB	TOTAL IQ	IQ SUSPENDIDAS	RENDIMIENTO	% IQ PROC DE LEQ
2015	410	20	171	19	620	26	75,7	75,16
2016	410	60	122	23	615	21	84,8	70,41
2017	433	60	93	32	618	16	86,7	77,35

% IQ PROC DE LEQ: Intervenciones quirúrgicas procedentes de lista de espera quirúrgica.
OTRA IQ AMB: Otra cirugía ambulatoria (se refiere a cirugía menor)

Tabla 15: Tabla 15: Cuadro de Mando de actividad quirúrgica extraordinaria (Fuente: Memoria de actividad de NCR 2015,2016,2017)

ACTIVIDAD QUIRÚRGICA EXTRAORDINARIA									
AÑO	IQ PROG CON INGRESO	CMA	OTRA IQ AMBULATORIA	TOTAL	IQ POR SESION	RENDIMIENTO	% IQ LEQ	IQ SUSPENDIDAS	Nº SESIONES
2015	10	146	0	156	5,20	73,5	99,4	0	30
2016	4	216	0	220	5,79	69,4	94,5	0	38
2017	2	184	0	186	5,81	74,9	100	0	32

La actividad extraordinaria de CMA se refiere a la cirugía del síndrome del túnel carpiano.

Tabla 16: Tabla 16: Cuadro de mando de la lista de espera quirúrgica del servicio. (Fuente: Memoria de actividad de NCR 2015,2016,2017)

LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA-NEUROCIRUGÍA XXIV					
AÑO	TOTAL ENTRADA	TOTAL SALIDA	INDICE ENTRADA/SALIDA	PACIENTES LE ESTRUCTURAL	DEMORA MEDIA LE EST
2015	488	711	0,69	118	60,20
2016	381	778	0,49	80	52,10
2017	499	771	0,65	98	42,61

En el proceso de Hospitalización destaca un aumento de los ingresos programados, no programados y del índice de ocupación, con una disminución progresiva de la estancia media. Están aumentando de manera progresiva los ingresos y disminuyendo la estancia media con los mismos recursos sin empeoramiento de la tasa de mortalidad. Esto se debe en parte al aumento progresivo de la cirugía de corta estancia.

Respecto a las consultas ha disminuido el número de consultas globales con un aumento de las primeras y una reducción clara de las sucesivas. Sin embargo, ha aumentado la demora media para una consulta, aunque sigue siendo menor a 40 días. Se trata de un indicador que se debe corregir.

En cuanto a las intervenciones quirúrgicas destacar que, aunque el último año hubo un número menor de cirugías, aumentó la complejidad de las mismas con un rendimiento quirúrgico cada vez mayor, durante los 2 últimos años por encima del 80%. Hubo un aumento de las cirugías de complejidad media de corta estancia y las de mayor complejidad de larga estancia y una disminución de las CMA en general. Hubo un aumento también de la cirugía menor que en nuestro caso se refiere a test de diagnóstico de la hidrocefalia.

La lista de espera es un elemento de vital importancia en nuestro servicio. Puede observarse que pese a que cada vez se incluyen más pacientes para cirugía la lista de espera mantiene un buen control con menos de 100 pacientes en ella con un tiempo de espera media menor a 50 días. Al contrario que con las consultas, la demora media de la lista de espera quirúrgica se ha reducido.

3.2.4. Previsión de la demanda para los próximos años.

La previsión de la demanda de los próximos años para la población de referencia con un envejecimiento creciente es de que va a aumentar.

En nuestra comunidad se ha puesto de manifiesto un crecimiento vegetativo negativo de la población que es menos acusado en la provincia de Pontevedra. En esta provincia los grupos poblacionales de mayor peso son de 30 a 64 años con poco recambio generacional. Las previsiones para el 2031 presentan un envejecimiento progresivo claro de la población.

Se espera un incremento de las patologías asociadas a la edad avanzada como la patología degenerativa de columna, los hematomas intracraneales asociados al aumento del uso de anticoagulantes espontáneos o de causa traumática o la patología oncológica intracerebral. Por otro lado, gracias a las medidas de control vial y de protección laboral hay una disminución progresiva de la patología traumática en pacientes jóvenes, como ya se ha observado a nivel nacional.

Esta situación puede generar una repercusión directa en el Servicio de Neurocirugía en diferentes patologías asociadas a la edad.

3.3. Análisis DAFO/CAME

Una vez realizado el análisis del entorno y el análisis interno de la Unidad de Gestión, se deben establecer los puntos débiles y fuertes, las amenazas y las oportunidades del servicio cuyo resumen es el Análisis DAFO. Su objetivo es dar una visión estructurada de la situación para establecer las líneas estratégicas para el futuro y los aspectos a mejorar, dentro del Plan Estratégico de la Unidad. Las debilidades y fortalezas resumen los puntos clave del análisis interno, mientras que las amenazas y oportunidades muestran la relación que tiene la unidad con el entorno sociosanitario que la rodea, dentro del propio centro y con otros centros hospitalarios.

El Análisis DAFO es el punto de partida para posteriormente mejorar esos puntos débiles, mantener los fuertes, dar propuestas para afrontar las amenazas y medidas para aprovechar las oportunidades mediante el Análisis CAME.



Ilustración 15: Algoritmo DAFO-CAME (Fuente: Elaboración propia)

DEBILIDADES

- Personal joven con falta de experiencia.
- Falta de desarrollo de unidades de subespecialización.
- Inexistencia de un plan de formación continuada (cursos monográficos, nuevas técnicas, reciclaje,..)
- Falta de instauración de sesiones bibliográficas periódicas.
- Escasa investigación e innovación justificada por la presión asistencial.
- Poco uso de protocolos clínicos ya elaborados.
- Escasas horas de quirófano semanales para el aumento progresivo de actividad que se presenta.
- No se dispone de una unidad de cirugía funcional.

AMENAZAS

- Cambios demográficos en el área de referencia por envejecimiento poblacional con el consiguiente cambio de patología.
- Desarrollo tecnológico muy rápido.
- Competencia con Traumatología en patología espinal.
- Competencia con Radiología endovascular en patología vascular.
- Restricciones presupuestarias por parte de Gerencia y la Xunta de Galicia.
- Pérdida de influencia en el área sanitaria de Vigo por POVISA.
- Pérdida de influencia de Galicia por el auge del servicio de Ourense y la discriminación positiva hacia el Complejo Hospitalario de Santiago.

DAFO

FORTALEZAS

- Servicio de referencia para el Sur de Galicia y único público en el área de Vigo.
- Cohesión entre los miembros del servicio. Buen ambiente laboral.
- Servicio joven con motivación para trabajar e innovar.
- Amplia experiencia asistencial y formativa en patología compleja como oncológica y de base de cráneo abierta, vascular y espinal sencilla.
- Experiencia en formación de residentes desde el origen del servicio, desde hace 25 años por vía MIR.
- Buena colaboración con Radiología endovascular y diagnóstica, oncología médica y Radioterápica y Anatomía Patológica.
- Disminución progresiva de estancia con aumento del número y complejidad de cirugías y del rendimiento quirúrgico junto con baja demora en lista de espera.

OPORTUNIDADES

- Desarrollo y consolidación de unidad de cirugía endoscópica, patología espinal compleja dentro del servicio.
- Ganar peso dentro de las sociedades científicas, potenciar la proyección internacional y asistencia a congresos.
- Nueva gerencia que quiere potenciar el complejo.
- Desarrollo de nuevos modelos de atención y seguimiento del paciente (atenciones telemáticas en pruebas de imagen de control)
- Aumentar las sesiones de quirófano semanales programadas
- Aplicación de las guías y vías clínicas ya desarrolladas y desarrollo de nuevas.
- Hospital moderno con instalaciones y desarrollo tecnológico alto.
- Mal funcionamiento del servicio de POVISA. Aumentar el área de referencia.
- Aprovechar problema de lista de espera de Traumatología .

Ilustración 16: Análisis DAFO

DEBILIDADES-CORREGIR

- Fomentar la investigación e innovación, habilitando tiempo disponible para los especialistas en horario de trabajo.
- Fomentar la formación continuada y rotaciones de los miembros del servicio que quieran subespecializarse.
- Fomentar el uso de Guías Clínicas y de protocolos ya elaborados. Elaborar más protocolos.
- Solicitar a Dirección Médica un aumento en el número de quirófanos semanales.
- Crear un calendario de sesiones bibliográficas y temáticas en las que participen todos los miembros del servicio.

AMENAZAS-AFRONTAR

- Adaptarse a las nuevas patologías y perfil del paciente (envejecimiento poblacional).
- Ganar peso frente a otros servicios de NRC de la comunidad para captar más pacientes. Fomentar nuevas técnicas, elaborar publicaciones y participar en congresos.
- Fortalecer los nexos de colaboración con otras especialidades del hospital que tratan la misma patología para abordar de forma multidisciplinar y redistribuir.
- Negociar con la Gerencia y Consejería de Sanidad para que de acuerdo con los números favorables del año anterior, aumente el área de influencia y los fondos asignados.
- Establecer planes de colaboración con Hospital de POVISA y de Ourense.

CAME

FORTALEZAS-MANTENER

- Aprovechar el área sanitaria de referencia existente
- Mantener un buen ambiente laboral y cohesión del equipo.
- Potenciar liderazgo por subespecialización.
- Mantener la calidad y la mejora continua en las grandes patologías clave del servicio.
- Mantener adecuada calidad de formación de médicos MIR .
- Mantener el aumento progresivo de la complejidad de las cirugías y el buen rendimiento de quirófano como indicadores. Mantener la tendencia creciente de CMA y cirugía de corta estancia.

OPORTUNIDADES-EXPLOTAR

- Mantener el crecimiento de Unidades específicas. Optar a convertirlas en referencia en la Comunidad.
- Fomentar la innovación en nuevos modelos de atención al paciente(consultas telemáticas, foros de consulta, web,...)
- Ganar peso dentro de las sociedades científicas, potenciar la proyección internacional.
- Potenciar el desarrollo tecnológico del servicio y nuevas unidades con la nueva gerencia.
- Crear consulta semanal de patología de columna.
- Presionar a la Gerencia y a Consejería para conseguir el área de referencia de Hospital POVISA.
- Conseguir más quirófanos al utilizar sesiones extras con cierta frecuencia.
- Aplicar y monitorizar de forma multidisciplinar los protocolos ya desarrollados.

Ilustración 17: Análisis CAME

3.4. Matriz DAFO

A continuación, se desglosan cada uno de los apartados de la matriz DAFO.

DEBILIDADES

-Personal joven con falta de experiencia: La plantilla del servicio la componen 8 especialistas. La mitad de ellos tienen menos de 35 años y por tanto poca experiencia y bagaje quirúrgico. Es necesario invertir en la subespecialización y formación de este personal.

-Falta de desarrollo de unidades de subespecialización: Pese a que se realizan todo tipo de intervenciones quirúrgicas no se han creado unidades subespecializadas reconocidas enfocadas a patología determinada.

-Inexistencia de un plan de formación continuada: Se plantea establecer en la unidad un plan de formación para la actualización de técnicas y el manejo de patologías frecuentes, como el trauma craneal, la patología oncológica y espinal.

-Falta de instauración de sesiones bibliográficas periódicas: Se propone la instauración de sesiones monográficas quincenales a cargo de un especialista o residente del servicio sobre un tema de interés para favorecer actualizarse.

-Escasa investigación e innovación justificada por la presión asistencial: La investigación y el desarrollo son esenciales en una especialidad quirúrgica, pero son difícil de conseguir debido a la presión asistencial.

-Poco uso de protocolos clínicos ya elaborados: En la actualidad existe un protocolo para tumores cerebrales de alto grado y para ciática por hernia de disco que no se han implantado completamente en el servicio. Los protocolos clínicos proporcionan calidad a la atención que se presta y garantía de que las actuaciones médicas están basadas en la evidencia.

-Escasas horas de quirófano semanales para el aumento de actividad: Durante los últimos años ha habido una progresión en el número de las cirugías de alta complejidad, que consumen más horas de quirófano.

-No se dispone de una unidad de cirugía funcional: La cirugía funcional es una subespecialidad que requiere gran volumen de población y medios. Existe una única unidad especializada en la comunidad en el Hospital de Santiago.

AMENAZAS

-Cambios demográficos en el área de referencia: Se estima que en las áreas sanitarias que corresponden a la unidad habrá un envejecimiento poblacional progresivo. Traerá consigo un aumento de la carga asistencial en determinadas patologías.

-Desarrollo tecnológico muy rápido: La NCR es una especialidad muy dependiente de la tecnología. En los últimos 10 años ha habido una gran evolución en el desarrollo de los instrumentos quirúrgicos y de imagen. Si no se obtienen esos medios el departamento no podrá ofrecer la mejor calidad asistencial.

-Competencia con Traumatología en patología espinal: La patología de columna es tratada quirúrgicamente por NCR y Traumatología y por tanto comparten el mismo tipo de pacientes.

-Competencia con Radiología Vascul ar en patología neurovascular: Este tipo de patología es tratada por ambas especialidades de forma complementaria. Es necesario crear un comité para individualizar el tratamiento de los pacientes y ofrecer la mejor opción de tratamiento.

-Restricciones presupuestarias: la Xunta de Galicia y la gerencia del hospital deben aportar más fondos para que el departamento pueda desarrollarse completamente y dotarse de recursos humanos y materiales.

-Pérdida de influencia en el área sanitaria por el Hospital de POVISA: El Hospital POVISA un centro privado de libre elección al que se le ha asignado un porcentaje de la población del área sanitaria de Vigo en detrimento del sistema público. Este centro privado de más fácil acceso que el público al estar en el centro de la ciudad de Vigo, aumenta sus ingresos cuantos más pacientes lo eligen.

-Pérdida de influencia en Galicia por el desarrollo del servicio de Ourense y de Santiago: El Hospital de Ourense dispone de un servicio de NCR que está evolucionando y progresivamente deriva menos pacientes al de Vigo, su centro de referencia. Respecto al Hospital de Santiago hay una discriminación positiva que le otorga de más medios y presupuesto que al resto de Galicia.

FORTALEZAS

-Servicio de referencia para el sur de Galicia y único público en el área de Vigo: Nuestro departamento es el servicio de NCR de referencia para las áreas de Pontevedra-O Salnés y la de Ourense. En la propia área de Vigo es el único servicio público con la única competencia del Hospital de POVISA.

-Cohesión entre los miembros del servicio: Dentro del departamento existe muy buen ambiente de trabajo, lo que ayuda su planificación y obtener buenos resultados.

-Servicio joven con motivación para trabajar e innovar: Se compensa la falta de experiencia del equipo con iniciativa para mejorar.

-Experiencia asistencial y formativa en patología compleja oncológica, vascular, de base de cráneo abierta y espinal sencilla: Los especialistas de más edad del departamento tienen amplia experiencia en estos campos y ayudan a los jóvenes a progresar.

-Experiencia en formación de residentes: Desde la creación del servicio se han formado especialistas. En el momento actual se dispone de certificación para formación por vía MIR.

-Buena colaboración con Radiología endovascular y diagnóstica, oncología médica y Radioterápica y Anatomía Patológica: Hay buena relación con todas las especialidades que complementan el diagnóstico y tratamiento de los enfermos.

-Disminución progresiva de estancia con aumento del número y complejidad de cirugías y del rendimiento quirúrgico junto con baja demora en lista de espera: A lo largo de los últimos años, el departamento ha demostrado una gran efectividad con mejora de la mayoría de los índices de calidad.

OPORTUNIDADES

-Desarrollo y consolidación de unidad de cirugía endoscópica y patología espinal compleja dentro del servicio: Este tipo de intervenciones ya se realizan en este momento. Es necesario reconocer dichas unidades y dotarlas de medios humanos y materiales.

-Ganar peso dentro de las sociedades científicas, potenciar la proyección internacional y la asistencia a congresos: El reconocimiento se consigue dentro y fuera del hospital, para ello es necesario acudir a congresos y presentar el trabajo realizado. El personal joven normalmente está muy motivado a hacerlo.

-Nueva gerencia que quiere potenciar el complejo: Hace 3 años hubo un cambio en la dirección y gerencia del área sanitaria de Vigo y se creó un nuevo centro. Es un momento de cambio y de iniciativas por parte de la gerencia que debe aprovecharse para mejorar la unidad.

-Desarrollo de nuevos modelos de atención y seguimiento del paciente: El desarrollo tecnológico permite plantear nuevas formas de interacción con el paciente como puede ser la consulta telemática. En nuestro caso, este tipo de consulta permitirá disminuir el número de visitas sucesivas y aumentar la eficiencia.

-Aumentar las sesiones de quirófano semanales: Dado el aumento de patología, de su complejidad y los buenos indicadores quirúrgicos, es buen momento para solicitar aumentar el número de sesiones quirúrgicas semanales.

-Aplicación de guías y vías clínicas ya desarrolladas y creación de otras nuevas sobre patología frecuente: Se han elaborado 2 guías pendientes de aplicar en su totalidad y se harán más protocolos sobre patología frecuente para actuar de acuerdo con la evidencia más reciente. Esta actitud permite ofrecer la mayor calidad asistencial posible.

-Hospital moderno con instalaciones y desarrollo tecnológico alto: El Hospital Alvaro Cunqueiro es de reciente construcción por lo que ofrece oportunidades mayores que otros más antiguos.

-Mal funcionamiento del servicio de NCR del Hospital POVISA: Los pacientes pueden elegir su centro de referencia. Si se presentan resultados mejores que ese hospital puede conseguirse aumentar el área sanitaria.

-Aprovechar el problema de lista de espera de Traumatología: La patología espinal y los túneles del carpo son tratados también por nuestro servicio. Dado que la unidad de Traumatología presenta un problema importante de demora en su lista de espera quirúrgica y de consulta, se pueden captar esos pacientes por nuestra parte y aumentar así el número de cirugías.

3.5. Matriz CAME

Se presentan ahora las propuestas de cambio plasmadas en la matriz CAME:

CORREGIR las debilidades

- Fomentar la investigación e innovación habilitando tiempo para ello a los especialistas en horario de trabajo. Se pretende establecer 2 horas semanales de la jornada habitual para este propósito.

- Fomentar la formación continuada y las rotaciones en los miembros del equipo que se quieran subespecializar.

- Fomentar el uso de los protocolos ya elaborados y crear nuevos protocolos sobre patologías frecuentes. Aplicar los protocolos ya creados y desarrollar otros nuevos.

- *Solicitar a la dirección médica un aumento en el número de quirófanos semanales:* Ante el aumento de la demanda asistencial, la única solución para mantener la calidad es aumentar el número de quirófanos.

- *Crear un calendario de sesiones bibliográficas en la que participen todos los miembros del servicio:* La actualización científica en una especialidad es imprescindible. Se propone instaurar un calendario con sesiones quincenales sobre temas de interés neuroquirúrgico que se llevarán a cabo tanto por médicos adjuntos como por residentes.

AFRONTAR las amenazas

- *Adaptarse al nuevo perfil del paciente:* Ante el envejecimiento progresivo poblacional aumentará la demanda de tratamiento de determinadas patologías asociadas a la edad. Hay que plantear la necesidad de aumentar recursos humanos y materiales para continuar ofreciendo una buena calidad en la atención.

- *Ante el desarrollo de los servicios de NCR de Ourense y Santiago nos proponemos ganar peso como departamento dentro de la Comunidad de Galicia:* Para ello, es necesario fomentar el desarrollo de técnicas nuevas e investigación, publicar los avances que se consiguen y participar activamente en los congresos. De esta forma se consigue tener más presencia y convertirse en una referencia.

- *Fomentar los nexos de comunicación con los servicios que tratan la misma patología de forma complementaria:* La colaboración entre servicios ayuda a redistribuir pacientes e individualizar su tratamiento.

- *Negociar con la gerencia y la consejería de sanidad de la Xunta para aumentar el área de referencia:* Dado que progresivamente los indicadores de la unidad han mejorado, demuestran una gran eficiencia y pueden ayudar a plantear a las instituciones aumentar el área de referencia y los fondos asignados.

- *Establecer planes de colaboración con el Hospital de POVISA y el de Ourense:* El objetivo de esta colaboración es convertirse en centro de referencia para ellos al disponer de más medios y experiencia.

MANTENER las fortalezas

- *Aprovechar el área de referencia existente:* El área de referencia de la unidad es de las más extensas de Galicia con casi 750,000 habitantes. Es necesario mantenerla.

- *Mantener un buen ambiente laboral y cohesión del equipo:* La buena relación entre los miembros de la unidad favorece el desarrollo del grupo.

- *Potenciar liderazgo por subespecialización:* Identificar a los líderes de cada subespecialidad.

- *Mantener la calidad y la mejora continua en las patologías clave del servicio:* El trauma, la oncología y la cirugía espinal ocupan la mayor parte de la cartera de servicios de la unidad. Debe mantenerse una buena calidad asistencial en ellas.

- *Mantener formación de calidad de los médicos MIR:* Los especialistas en formación representan el funcionamiento del departamento. La adquisición de habilidades y conocimientos por su parte debe ser una prioridad de todos los especialistas del equipo.

- *Mantener el aumento progresivo de la complejidad de las cirugías y los buenos indicadores. Mantener la tendencia creciente de la CMA y cirugía de corta estancia.*

EXPLOTAR las oportunidades

- *Mantener el crecimiento de unidades específicas. Optar a convertirlas en referencia de la comunidad:* Invertir en el desarrollo de unidades de subespecialización con el objetivo de ser centro de referencia para toda la Comunidad y así captar más pacientes.
- *Fomentar la innovación en nuevos modelos de atención al paciente:* Gracias a las nuevas tecnologías es posible realizar consultas telemáticas. En pacientes con patología benigna con controles periódicos de imagen, como en caso de tumores de las meninges o de los nervios, puede ser una opción más eficiente que la consulta presencial.
- *Ganar peso dentro de las sociedades científicas, potenciar la proyección internacional:* Aprovechar la motivación de los miembros jóvenes del servicio para aumentar el prestigio y reconocimiento del departamento a nivel autonómico, nacional e internacional.
- *Potenciar el desarrollo tecnológico del servicio y de nuevas unidades con la nueva gerencia:* Aprovechar la oportunidad de una gerencia que quiere impulsar el complejo para conseguir medios para una mejor calidad en la asistencia y convertirnos en un centro de excelencia.
- *Crear consulta semanal de patología de columna:* Ante el problema de la lista de espera de Traumatología, crear una consulta monotemática para captar sus pacientes y ese campo de trabajo.
- *Presionar a la Gerencia y la consejería para conseguir el área de referencia del Hospital POVISA:* Utilizar los buenos resultados de los indicadores para conseguir su área de referencia al demostrar una mayor eficiencia.
- *Conseguir más quirófanos al utilizar sesiones extra con cierta frecuencia:* A lo largo del último año se han utilizado más sesiones de quirófano de las asignadas con la frecuencia de al menos una cada semana a mayores. Con estos datos, se puede solicitar aumentar el número de sesiones de quirófano establecidas a la semana.
- *Aplicar y monitorizar de forma multidisciplinar los protocolos ya establecidos:* Una vez que ya se han elaborado e implantado dichas guías clínicas, se monitorizan en busca de la mejora continua.

4. PLAN DE ACTUACIÓN DEL SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA

4.1. Posicionamiento estratégico: Misión, Visión, valores.

MISIÓN

¿Cuál es la razón de ser?

Ofrecer a los pacientes la mejor atención sanitaria posible con un buen nivel técnico, pero sin olvidar un trato humano y potenciar al mismo tiempo la docencia, la investigación traslacional y la innovación.

VISIÓN

¿Qué queremos lograr?

Ser un servicio de referencia de Neurocirugía en Galicia, con ideas y técnicas innovadoras para nuestros pacientes y ser líderes en el cambio asistencial pero también en el docente y el investigador.

VALORES

¿Cuáles son nuestros principios?

Los valores compartidos por todo el departamento de Neurocirugía son:

- Dar un servicio público de calidad
- Mantener una profesionalidad y orientación a resultados
- Atención integral y humana
- Actitud innovadora
- Transparencia

4.2. Líneas estratégicas como factores clave del éxito

Se definen inicialmente 4 líneas estratégicas principales que se desarrollarán en objetivos concretos. Estas líneas representan las bases fundamentales para el proyecto futuro de desarrollo de la Unidad. Estas líneas deberán estar alineadas con el Plan estratégico del centro.

1. CALIDAD ASISTENCIAL
2. EFICIENCIA
3. EXPERIENCIA Y SEGURIDAD DEL PACIENTE
4. DOCENCIA E INVESTIGACIÓN.

1. *Calidad asistencial:* Es siempre la prioridad de la Unidad de Gestión Clínica. La accesibilidad y la gestión de las listas de espera son parte del plan de calidad. La mejora de la calidad implica buena gestión de los procesos y búsqueda de excelencia apoyándose en una visión multidisciplinar y con unidades de referencia. Colaborar en la medida de lo posible con la Gerencia en la mejora de la calidad.
2. *Eficiencia:* Su búsqueda obliga a un servicio público a ofrecer un servicio de calidad a un coste razonable de acuerdo a los recursos que disponga (personal, quirófanos, ...) La eficiencia persigue la sostenibilidad del sistema sanitario, pero no se refiere únicamente a los costes económicos. La Gestión por Procesos es una herramienta fundamental para alcanzar la eficiencia.
3. *Experiencia y Seguridad del paciente:* Para que la experiencia del paciente sea óptima hay que buscar un tratamiento individualizado e integral con visión multidisciplinar. La seguridad del paciente es un pilar básico para mantener una calidad de la asistencia que deberá basarse en la medicina en la evidencia, una práctica clínica segura, minimizar la variabilidad y la aparición de efectos adversos evitables.
4. *Docencia e investigación:* En los Hospitales Universitarios uno de los objetivos es la formación de profesionales y la investigación para conseguir una mejor asistencia. Junto a esta última se encuentra la innovación y se hacen imprescindibles para mejorar la calidad asistencial.



Ilustración 18: Pilares estratégicos para el servicio de Neurocirugía (Fuente: Elaboración propia)

4.3. Objetivos estratégicos: asistenciales, financieros y de sostenibilidad.

En cuanto se tienen las líneas estratégicas se definen los objetivos de cada una de ellas.

4.3.1. Calidad asistencial

1. Mejorar los tiempos de espera en primera consulta.
2. Introducir nuevos modelos de gestión de consulta como la telemática.
3. Mejorar la coordinación con gerencia para disminuir el cuello de botella que supone la lista de espera de Traumatología. Introducción de consulta semanal de patología espinal junto a la existente de túnel carpiano.
4. Aumentar la colaboración con RHB, Unidad del dolor y Urgencias para manejo de patología de columna
5. Fomentar la colaboración con Neurorradiología para el manejo de la patología vascular del SNC.
6. Mejorar el rendimiento quirúrgico y aumentar el número de cirugías de CMA, de corto ingreso y el número de quirófanos de cirugía compleja.
7. Disminuir la variabilidad mediante la aplicación de las vías y protocolos clínicos ya desarrollados y realizar nuevos sobre otras patologías comunes no realizados hasta el momento.
8. Potenciar las unidades y subespecialización de determinadas unidades como la unidad de cirugía endoscópica y de patología de columna compleja. Aumentar el desarrollo tecnológico.

4.3.2. Eficiencia

1. Definición e implantación de la gestión por procesos para cada uno de los que se desarrollan en el departamento: Cirugía programada con ingreso, cirugía con ingreso de corta estancia, cirugía mayor ambulatoria, consultas externas, urgencias de la especialidad, otras hospitalizaciones.
2. Disminución del gasto medio por paciente en pacientes que se someten a procedimientos quirúrgicos con ingreso.
3. Control del gasto farmacéutico.
4. Renegociación presupuestaria con la Dirección del Hospital con la nueva definición de procesos.

4.3.3. Experiencia y Seguridad del Paciente

1. Mejorar la satisfacción de los pacientes que han sido atendidos en la unidad
2. Mejorar la información preoperatoria ofrecida a los pacientes y correcta cumplimentación del consentimiento informado
3. Aplicar las Guías de Práctica Clínica para aumentar la seguridad de los diferentes procesos.
4. Disminuir las infecciones postoperatorias en cirugía programada
5. Adecuada cumplimentación de la lista de verificación quirúrgica o check-list.
6. Fomentar la colaboración con asociaciones de parálisis cerebral, espina bífida y otras malformaciones del SNC. Realizar charlas de manejo, prevención y signos de alarma de Trauma craneal y patología espinal como parte de la estrategia de RSC del Centro.

4.3.4. Docencia e Investigación.

1. Favorecer la formación continuada de los miembros del Servicio mediante plan anual de cursos, congresos y estancias en otros centros en función de las necesidades y preferencias del departamento.
2. Mejorar la calidad de la formación MIR y pregrado de los médicos en formación.
3. Fomentar la investigación traslacional por los miembros del departamento.
4. Potenciar la publicación de trabajos en revistas científicas y de comunicaciones en congresos de la especialidad. Habilitar tiempo a los miembros del servicio dentro de su jornada laboral.
5. Crear bases de datos de patologías determinadas como los tumores primarios cerebrales, las hemorragias subaracnoideas, patología de columna degenerativa y el trauma craneal con fines de investigación.

4.3.5. Mapa estratégico

A continuación, se muestra el mapa estratégico y las principales relaciones entre sus objetivos

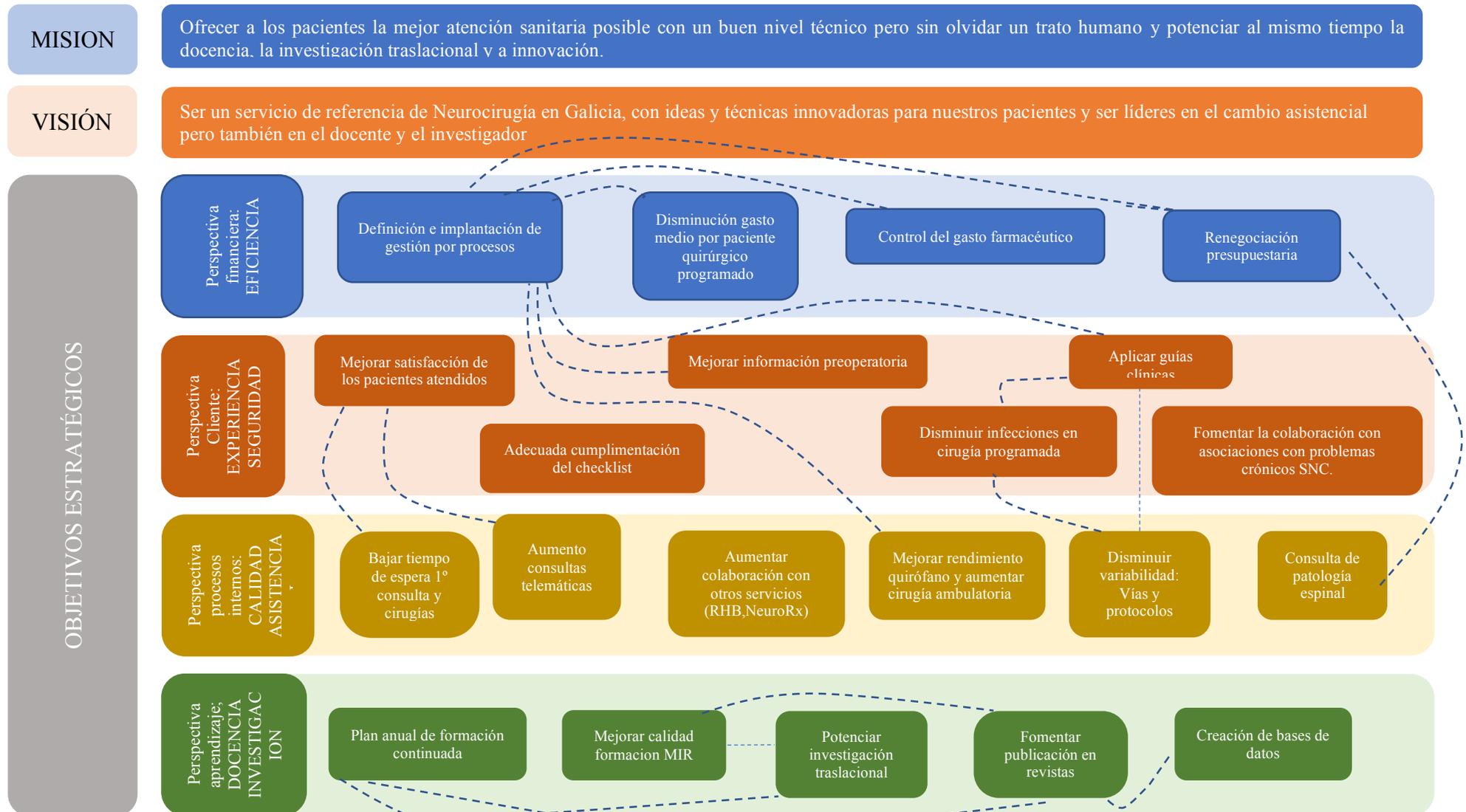


Ilustración 19: Mapa procesos (Fuente: Elaboración propia)

4.4. Procesos estratégicos, operativos y de soporte.

Para alcanzar la mayor eficiencia posible uno de los objetivos es desarrollar una Gestión por Procesos. El primer paso para desarrollarla es definir los procesos que aparecen en un Servicio de Neurocirugía. Se agrupan en procesos Estratégicos, de Soporte y Operativos. Su representación gráfica, así como la interrelación entre ellos se resume en el Mapa de Procesos.

1. Procesos estratégicos

- Atención al Paciente
- Docencia
- Calidad Asistencial
- Dirección económica o financiera
- Dirección Médica
- Investigación

2. Procesos Operativos o propios del servicio

- Urgencias y guardias
- Consultas Externas
- Cirugía Menor
- Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA)
- Cirugía Mayor de corta estancia
- Cirugía Mayor con Hospitalización

3. Procesos de Soporte

Servicios Centrales

- Análisis clínicos
- Microbiología
- Farmacia
- Anatomía Patológica(AP)
- Radiología y Medicina Nuclear
- Neurroradiología Intervencionista.

Servicios Intermedios

- Anestesia y Reanimación
- Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)

Servicios Generales

- Admisión y Documentación Clínica
- Limpieza
- Administración
- Mantenimiento y Electromedicina
- Prevención de Riesgos Laborales (PRL)
- Tecnologías de la Información (TICs)
- Recursos Humanos (RRHH)

4. Control y Mejora Continua

4.5. Mapa de Procesos de la Unidad

A continuación, se muestra el mapa de procesos de la Unidad de Gestión Clínica del Servicio de Neurocirugía.

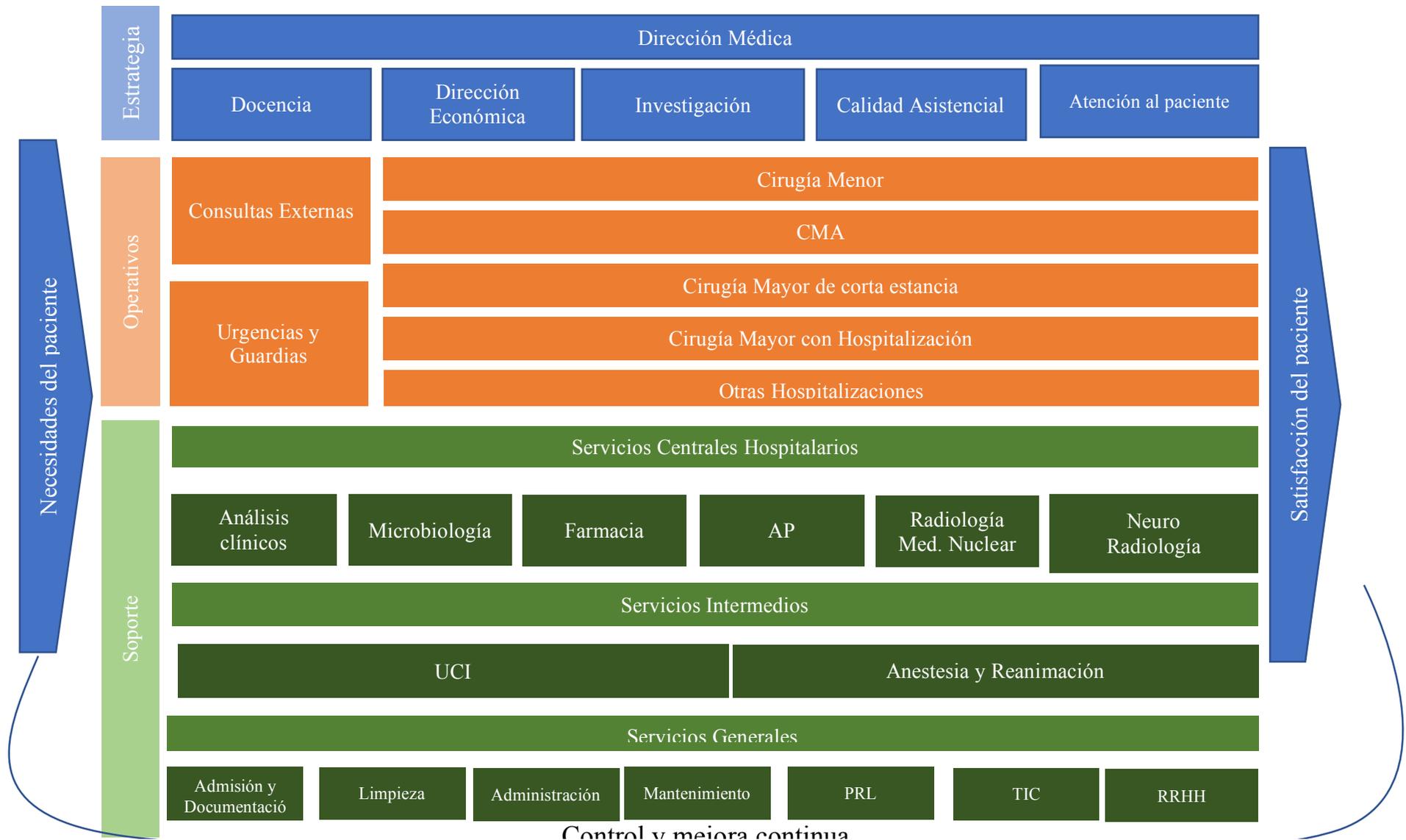


Ilustración 20: Mapa de procesos (Fuente: elaboración propia)

4.6. Calidad y seguridad del paciente

La calidad asistencial es uno de los pilares estratégicos de nuestra Unidad de Gestión Clínica y la seguridad es una dimensión básica dentro de la calidad asistencial.

Como medidas de Calidad Asistencial tomamos en consideración:

- Mejora en la accesibilidad con la disminución de los tiempos de espera para la primera consulta y sucesivas. Apoyar a la gerencia en la disminución de listas de espera de Traumatología con manejo de patología común con consulta semanal de patología espinal junto a la existente de túneles carpianos.
- Introducir nuevas formas de consulta como la telemática para las revisiones que se basan principalmente en control por pruebas de imagen y permite que se resuelvan de forma más ágil. (determinadas patologías oncológicas o vasculares sobre las que se hace seguimiento mediante pruebas de imagen para controlar la evolución)
- Aumentar la colaboración con determinados servicios para diferentes patologías: con Rehabilitación y la Unidad del dolor para manejo de patología degenerativa de columna, con Endocrinología para manejo hormonal en pacientes con tumores de la silla turca y con Neurorradiología para potenciar el desarrollo del tratamiento de patología vascular como unidad de referencia del sur de Galicia.
- Mejorar el rendimiento quirúrgico y aumentar el número de quirófanos de cirugía compleja, CMA y corta estancia. Programar partes de quirófano ajustados al tiempo de las sesiones de quirófano y con un cirujano no experimentado y otro experimentado de apoyo. Aumentar el número de procedimientos ambulatorios y de CMA (test de infusión, síndrome de túneles del carpo, otras cirugías cortas) y ampliar las sesiones de quirófano en Hospital Meixoeiro para cirugías de baja complejidad y corta estancia postquirúrgica.
- Establecer las vías clínicas y protocolos ya descritos y realizar nuevos sobre patologías comunes para disminuir la variabilidad en el manejo.
- Potenciar la subespecialización y aumentar el desarrollo tecnológico del departamento. Incorporar nuevo navegador cerebral y espinal y aparatos de imagen intraoperatoria como el TAC intropertorio para mejorar la calidad de la atención y la seguridad.
- Potenciar la formación y sesiones monográficas para aumentar los conocimientos y la calidad asistencial.

Como medidas de seguridad del paciente se establecen diferentes objetivos. Muchos de ellos tienen relación con la calidad asistencial.

- Aplicar las Guías de Práctica Clínica para aumentar la seguridad de los diferentes procesos del Servicio y disminuir la variabilidad de los procesos.

- Disminuir las infecciones postoperatorias en cirugía programada con protocolos de antibioterapia desarrollados junto a departamento de Enfermedades Infecciosas.
- Adecuada cumplimentación de la lista de verificación quirúrgica o check-list previo al inicio de la cirugía.

4.7 Atención centrada en el paciente. Atención Integral.

La atención centrada en el paciente es un objetivo transversal del Plan Estratégico que debe servir de orientación siempre. Algunos de nuestros objetivos buscan fortalecer esta atención integral con la mejora de la información sobre sus procesos, posibles planteamientos terapéuticos, el procedimiento quirúrgico a realizar y la correcta cumplimentación de consentimiento informado con un período de reflexión previa.

La comunicación fluida con los servicios que complementan el tratamiento de un mismo proceso, ayuda a mantener una visión global de la patología y en caso de pacientes pluripatológicos o frágiles una atención integral.

Proponemos la puesta en funcionamiento de consultas de control telemáticas sobre determinadas patologías en su mayoría benignas cuyo control evolutivo por imagen permite que una vez que el paciente ha acudido al centro sanitario a realizar la prueba y posteriormente evite acudir a consulta a no ser que sea necesario por motivos clínicos o de imagen. De esta forma, se interfiere menos en la vida diaria y actividades de los pacientes y se mejora la calidad percibida por los pacientes de la asistencia sanitaria.

La atención centrada en el paciente se entiende como una atención integral y, por tanto, una visión multidisciplinar enmarcada en unidades sobre diferentes patologías. Este es uno de los objetivos estratégicos de nuestra Unidad de Gestión Clínica. Entre ellas destacan:

- *Unidad de cirugía endoscópica.* En este momento se dispone buena disposición por parte del servicio de Neurocirugía, Otorrinolaringología, Endocrinología y Radiología para la valoración de los pacientes en caso de ser necesario. Sin embargo, no existe una unidad como tal certificada ni lugar de reunión para la valoración de los pacientes con patología sugestiva de tratamiento quirúrgico. Todos estos servicios se encuentran dentro del propio Hospital Álvaro Cunqueiro. El objetivo es potenciar la unidad y dotarla de medios y reconocimiento por parte del propio Centro.
- *Unidad de patología compleja de columna.* El objetivo es crear una unidad con comunicación fluida entre los diferentes servicios que atienden pacientes con estas patologías: Rehabilitación, Unidad del dolor, psicología o psiquiatría, urgencias y traumatología. Se ha desarrollado un protocolo de manejo que se encuentra en fase de implantación. Se quiere dotar de medios, reconocimiento y crear una ruta clara de los pacientes en función de su situación clínica.

4.8. Guías Clínicas y Rutas Asistenciales para la Atención Integrada.

Los pasos hacia una atención integrada deben plasmarse en documentos de consenso basados en la evidencia como son las Rutas Asistenciales y Vías Clínicas. Estos documentos van a aportar a nuestra Unidad las mejores evidencias en actuaciones coste-efectivas o de coste-utilidad. La elaboración de las Guías Clínicas suele ser ocupación de las Sociedades Científicas o grupos de expertos en los que pueden estar involucrados diferentes miembros del servicio, pero también pueden desarrollarse protocolos de actuación para determinadas patologías dentro del propio servicio y hospital. En el ámbito de la Neurocirugía existen pocas Guías de Práctica Clínica a nivel nacional y las pocas que hay no han sido actualizadas como el caso de la guía de la lumbalgia en el portal www.Guisasalud.es

Esta situación obliga a buscar consenso en guías internacionales en las que esté más desarrollado este consenso (Guías NICE, Brain Trauma Foundation, ...) y en caso de que no exista, a desarrollar nuestros propios protocolos de actuación basándonos en la mejor evidencia disponible.

El objetivo de la Unidad es participar en la medida de lo posible en la elaboración de las Guías, implementar las existentes y en caso de no existir evidencia clara sobre un manejo elaborar un protocolo o ruta asistencial con visión multidisciplinar para aplicar en nuestro centro.

Las rutas asistenciales y las guías clínicas pueden ser de gran utilidad en patologías prevalentes en las que existe variabilidad interprofesional significativa y precisan un tratamiento integral y multidisciplinar. A continuación, se muestra un ejemplo de Ruta Asistencial de elaboración propia de un síntoma muy frecuente que es la lumbociática y su manejo multidisciplinar.

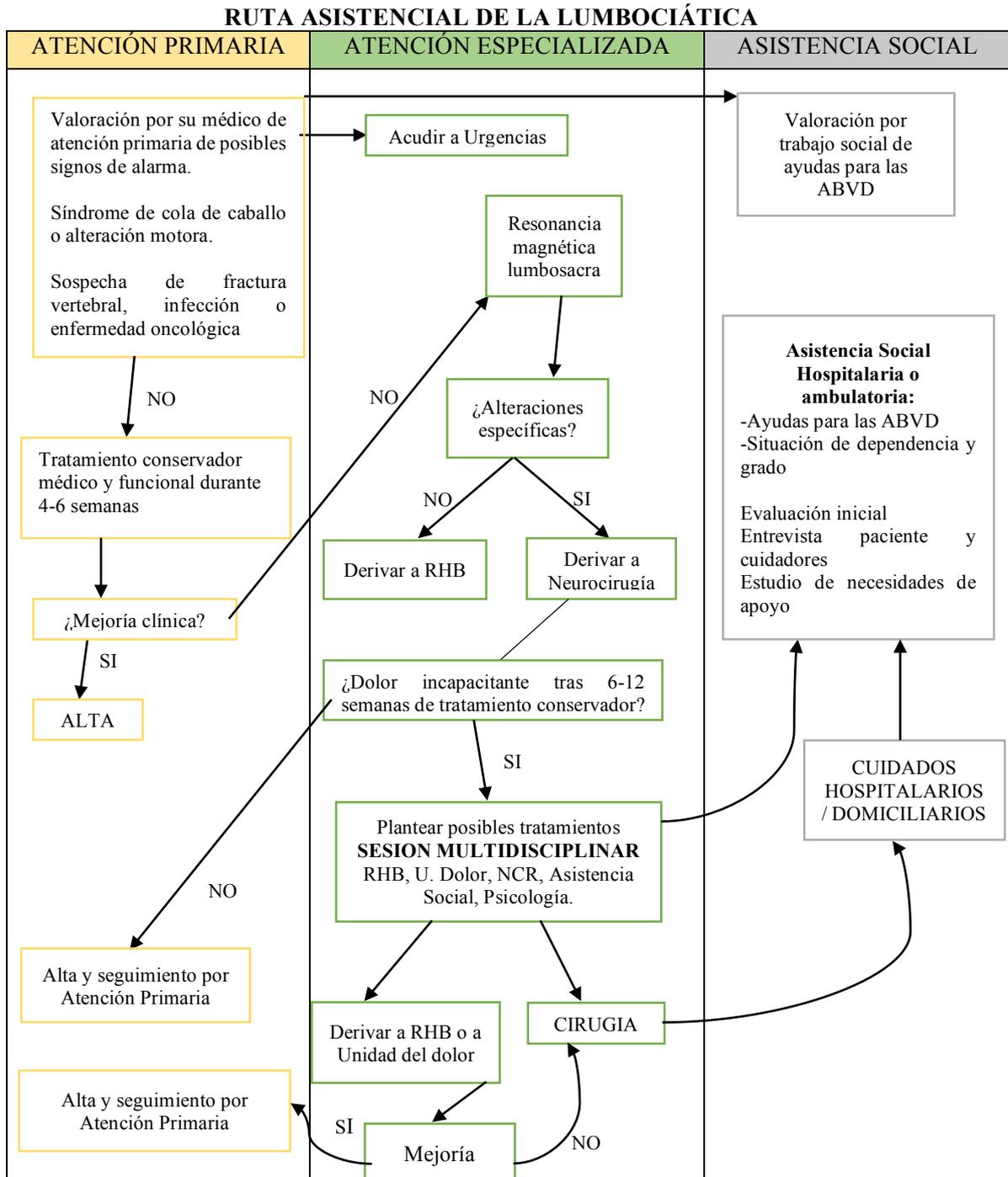


Ilustración 21: Ruta Asistencial para la lumbociática. RHB:Rehabilitación. ABVD: Actividades Básicas de la Vida Diaria. NCR : Neurocirugía, U. Dolor : Unidad del Dolor (Fuente: elaboración propia)

4.9. Docencia y formación continuada

El Complejo Hospitalario Universitario de Vigo es un hospital universitario dependiente de la Universidad de Santiago de Compostela. Además, el servicio de NCR lleva formando especialistas desde su fundación previa al inicio de la vía MIR por lo que los miembros del departamento tienen amplia experiencia docente que fomentan y comunican a los más jóvenes.

Al pertenecer a un centro universitario los estudiantes de medicina pueden elegir como rotación su asistencia a las actividades del servicio.

El Plan Formativo de la unidad se compone de:

- Formación pregrado: El Servicio admite estudiantes de 5º y 6º de medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de Santiago de Compostela dentro de la rotación obligatoria que deben realizar por un servicio quirúrgico como una de las opciones. Durante su estancia en nuestro departamento asisten a la actividad semanal de sesiones clínicas, pase de planta, consultas externas y quirófano.
- Formación vía MIR: Se dispone de la posibilidad de ofertar una plaza anual de formación de especialista en nuestro departamento en este momento. La actual política que se tiene es la de ofrecer la plaza durante 3 años seguidos y al siguiente no hacerlo. La finalidad es que el residente pueda ver y participar en las cirugías de suficiente patología como para estar bien formado. El departamento no dispone de suficiente volumen de actividad como para cubrir las necesidades de 5 residentes al mismo tiempo. El residente bajo la supervisión de su Tutor realizará actividades formativas y asistenciales según la organización, participará en sesiones clínicas internas diarias, sesiones semanales de casos, quincenales del Comité de Neuroncología y de Patología Vasculare y sesiones generales del Hospital. Así mismo, previa aceptación por la Comisión de Docencia del centro, se admitirán residentes de la especialidad o de otras especialidades tanto del ámbito nacional como internacional siempre que se cumpla la normativa actual vigente.
- Formación continuada: Se establecerá un plan de formación para los especialistas del Servicio con la finalidad de la actualización, reciclaje en técnicas y adquisición de nuevos conocimientos y subespecialización, según preferencias individuales y necesidades del Departamento. La asistencia a cursos y congresos será repartida de acuerdo a ese plan formativo. Se potenciará la divulgación del conocimiento mediante publicaciones y ponencias en diferentes foros nacionales e internacionales. Esta formación continuada incluye la preparación de sesiones de docencia que tienen lugar quincenalmente. Se irá rotando el turno para explicar algún tema de interés o una nueva técnica para los miembros de la unidad.

4.10. Actividad investigadora

Dedicar tiempo a la investigación en una especialidad quirúrgica es complicado debido a la gran carga asistencial, pero es necesario.

En el campo de la NCR, el desarrollo de nuevas técnicas, su implantación y divulgación son objetivos estratégicos de la Unidad. La investigación a realizar pretende tener una visión traslacional con el objetivo último del beneficio del paciente y la mejora de la calidad asistencial. El apoyo de la Gerencia del Hospital será básico para potenciar los proyectos de investigación y conseguir fondos oficiales para su desarrollo.

En el momento actual existen diversas líneas de investigación y proyectos para el desarrollo de nuevas técnicas:

- Estudio retrospectivo de la dinámica de aneurismas cerebrales: Una hemorragia intracerebral debido a la rotura de un aneurisma conlleva un porcentaje alto de mortalidad, morbilidad y dependencia asociada con cierta frecuencia. El estudio retrospectivo de la dinámica de flujo de los aneurismas tratados en nuestro departamento nos ayudará a determinar el planteamiento terapéutico a realizar y el seguimiento necesario en casos de aneurismas múltiples de un mismo tronco arterial cerebral. Está actualmente en curso.
- Estudio de comparativo de sellantes intradurales: Se trata de un estudio comparativo prospectivo de uso de sellantes intradurales e incidencia de complicaciones asociadas. Está actualmente en curso.
- Planificación de cirugía con navegador y TAC dentro del quirófano: Las nuevas tecnologías nos ofrecen muchos avances para planificar la cirugía. La navegación permite una planificación 3D que posteriormente puede ser utilizada en quirófano en tiempo real. Algunas de sus ventajas son acotar el campo quirúrgico y poder visualizar la relación de las lesiones con las estructuras anatómicas que la rodean. El TAC intraoperatorio va a ser incorporado a nuestros quirófanos próximamente. Además de ser compatible con el navegador y permitir modificar en tiempo real la imagen, su gran ventaja será que nos permitirá valorar durante la cirugía el éxito de la misma y actuar al respecto: podremos ver el grado de resección de un tumor, si un aneurisma está bien cerrado, cómo están colocados los tornillos en la patología degenerativa espinal, Abre un gran campo de investigación sobre el que ya hay algunos proyectos para desarrollar.

4.11. Monitorización del plan de gestión: Cuadro de Mando

En este apartado mostramos el Cuadro de Mando de la Unidad de Gestión Clínica siguiendo las pautas de Kaplan y Norton en cuanto a las líneas estratégicas y las perspectivas financiera, de procesos internos, de clientes y de aprendizaje y formación acordados con ellos. En el cuadro de mando, para cada indicador mostramos el valor de referencia de la unidad y la meta a alcanzar, así como las iniciativas propuestas para alcanzarlo. Los objetivos elegidos creemos que son realistas para poder ser alcanzados y no generar pérdida de incentivos en el equipo tras cada análisis periódico del indicador.

Cada indicador estará definido por una ficha con las características principales del mismo:

Criterio:
Indicador
Definición
Fórmula
Tipo de indicador
Dimensión
Fuente de información
Justificación
Periodicidad del análisis
Elaboración del indicador
Estándar de referencia

LÍNEAS ESTRATÉGICAS E INDICADORES

	Objetivo	Indicador	Referencia	Meta	Iniciativas
Perspectiva Aprendizaje: DOCENCIA E INVESTIGACIÓN	Plan de formación continuada	Nº de horas de formación continuada de los especialistas del servicio anual	20 horas	48 horas	Permitir unas horas de la jornada laboral para formación. Cursos y rotaciones externas
	Mejorar calidad de formación MIR	Índice de satisfacción de los MIR y rotantes externos	60-70%*	>90%	Seguimiento más estrecho Fomentar sesiones y grupos de trabajo
	Fomentar investigación traslacional	Número de proyectos de investigación en curso	2	4	Fomentar la investigación. Permitir 2 horas semanales para investigación
	Fomentar publicación en revistas científicas	Número de publicaciones en revistas científicas de la Unidad	3	5	Permitir unas horas de la jornada habitual a realizar publicaciones. Ej 2 horas semanales. Uso de bases de datos ellos.
	Creación de bases de datos	Número de bases de datos	0	3	Dotar tiempo dentro del horario laboral para crear y actualizar las bases.

*Datos estimados del servicio de NCR

	Objetivo	Indicador	Referencia	Meta	Iniciativas
Perspectiva procesos internos: CALIDAD ASISTENCIAL	Mejorar los tiempos de espera de 1º consulta	Tiempo de espera para la 1º consulta (días)	39 días	30 días	Disminuir las consultas sucesivas y aumentar número consultas semanales
	Introducir nuevos modelos de consulta: Consulta telemática	Implantación de consulta telemática	0	100%	Implantar este tipo de consultas a los pacientes que se puedan beneficiar
	Disminuir lista de espera de Traumatología en patología de columna	Implantación de consulta semanal de patología espinal	0	100%	Implantar una consulta semanal para colaborar en reducción de la lista de espera de consulta de cirugía de columna de Traumatología
	Aumentar colaboración con RHB, U dolor, Traumatología y Urgencias para patología de columna	Número de pacientes derivados a consulta sin haber sido valorados por servicio médico previamente	60	0	Implantar sesiones mensuales con RHB y U dolor e implantar protocolo de manejo
	Fomentar colaboración con Neurorradiología	Número de pacientes valorados de manera multidisciplinar	20	40	Instaurar sesiones semanales de patología vascular
	Mejorar rendimiento quirúrgico y aumentar número cirugías de corta estancia	Rendimiento quirúrgico bruto	80-85%	>90%	Mejorar la planificación quirúrgica
		Número de cirugías de corta estancia	13%	20%	Potenciar corta estancia
	Disminuir variabilidad	Rutas asistenciales en uso	1	3	Aplicación de rutas existentes y creación de nuevas
	Potenciar subespecialización	Aumentar casos para cada unidad	40(espinal) 30(endoscopia)	50-60 40-50	Potenciar las unidades multidisciplinarias
	Disminuir tiempo de espera en lista de quirúrgica	Días de espera en lista de espera quirúrgica	42,61	40	Aumentar el número de quirófanos semanales para cirugía de alta complejidad y de corta estancia.

	Objetivo	Indicador	Referencia	Meta	Iniciativas
Perspectiva financiera: EFICIENCIA	Definición e implantación de gestión por procesos	Número de procesos implantados	0	3	Definir procesos Validar procesos
	Disminuir gasto medio por paciente quirúrgico programado	Gasto medio por paciente ingresado por GRD (Grupo Relacionado por Diagnóstico)	Coste por GRD del año anterior	Reducir en un 10%	Aplicación de guías de práctica clínica. Sesiones mensuales de comorbilidad
	Disminuir gasto farmacéutico en hospitalización	Gasto farmacéutico hospitalización	Gasto del año anterior	Reducir en un 10%	Racionalizar pautas de medicación. Sesiones con visión multidisciplinar
	Renegociación presupuestaria con la Dirección con la definición de Gestión por procesos	% de mejora presupuestaria	Presupuesto del ejercicio anterior	Aumentar en un 10%	Negociar los presupuestos en función de los resultados del año anterior

	Objetivo	Indicador	Referencia	Meta	Iniciativas
Perspectiva Cliente: EXPERIENCIA Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Mejorar satisfacción de pacientes	Índice de satisfacción	0	80%	Realizar encuestas de satisfacción a los pacientes al alta
	Mejorar información preoperatoria y consentimientos informados	Índice de satisfacción con la información recibida	0	80%	Proporcionar adecuada información preoperatoria. Encuesta de satisfacción
	Aplicar Guías de Práctica Clínica para incrementar la seguridad	Número de Guías clínicas implantadas	1	3	Fomentar la aplicación y utilización de guías clínicas
	Disminuir las infecciones en cirugía programada	Incidencia de infecciones en pacientes intervenidos	8%*	5%	Sesiones semanales con departamento de Infecciosas Aplicación protocolo antibioterapia
	Adecuada cumplimentación de check list	% cumplimentación de check list	80%	100%	Control periódico de cumplimentación del check list
	Aumentar colaboración con asociaciones de problemas de SNC	Número de charlas sobre materia de prevención	0	2	Implantar charlas de prevención y manejo de TCE y patología espinal a población

*Tasa estimada de infecciones postquirúrgicas en el departamento de NCR. TCE: Trauma Craneoencefálico

Tablas de indicadores

1. Perspectiva de Aprendizaje: Docencia e investigación

Criterio: Plan Anual de Formación continuada
Indicador: Número de horas de formación continuada de los especialistas del servicio
Descripción: Determinar el número de horas de formación continuada de cada especialista del servicio en un período determinado de tiempo
Fórmula: Suma de las horas de formación continuada en un año de cada especialista/ número de especialistas de la unidad
Tipo de indicador: Proceso
Dimensión: Docencia
Fuente de información: Recursos Humanos, datos internos
Justificación: Desarrollo y perfeccionamiento de técnicas quirúrgicas, introducción de nuevas técnicas. Aumentar la cartera de servicios
Periodicidad: Anual
Elaboración: Propia
Estándar: =>48 horas

Criterio: Mejorar calidad de formación MIR
Indicador: índice de satisfacción de los MIR y rotantes externos
Descripción: Baremación de la satisfacción de los MIR y los rotantes externos de la Unidad respecto a la calidad de la docencia y el trato durante la estancia
Fórmula: Número de MIR/rotantes satisfechos o muy satisfechos/ todos los MIR y médicos rotantes de la Unidad
Tipo de indicador: Resultado
Dimensión: Satisfacción
Fuente de información: Encuesta propia. Comisión de docencia
Justificación. Para formar buenos especialistas es indispensable que la docencia sea de calidad y para ello es necesario realizar una valoración por los que la reciben
Periodicidad: Anual
Elaboración: Propia
Estándar: >90%

Criterio: Fomentar investigación traslacional
Indicador: Número de proyectos de investigación traslacional
Descripción: Número de proyectos de investigación en curso o de nueva creación en dicho período
Fórmula: Número de proyectos de investigación en desarrollo o creados en el período
Tipo de indicador: Resultado
Dimensión: Investigación
Fuente de información: Datos internos, propia
Justificación: La investigación traslacional es parte indispensable para una Unidad que quiera ser referente de calidad
Periodicidad: Anual
Elaboración: Propia
Estándar: 4

Criterio: Fomentar publicación en revistas científicas
Indicador: Número de publicaciones en revistas científicas por la Unidad
Descripción: Número de publicaciones en revistas científicas por miembros de la unidad en período determinado
Fórmula: Número de publicaciones en revistas científicas en el período
Tipo de indicador: Resultado
Dimensión: Investigación
Fuente de información: Datos internos
Justificación: Las publicaciones reportan prestigio a la Unidad y potencian la responsabilidad social corporativa. La transmisión de conocimientos es esencial en la actividad sanitaria
Periodicidad: Anual
Elaboración: Datos internos
Estándar: 5

Criterio: Creación de bases de datos de patología común
Indicador: Número de bases de datos creadas y/o actualizadas
Descripción: Número de bases de datos por patología común creadas o actualizadas en la Unidad en el período con datos de morbimortalidad, tiempo de ingreso y complicaciones
Fórmula: Número de bases de datos creadas o actualizadas durante un año
Tipo de indicador: Resultado
Dimensión: Investigación
Fuente de información: Datos internos
Justificación: La actualización de bases de datos es esencial para fomentar la investigación y tener control de resultados para evaluar posteriormente la calidad asistencial
Periodicidad: Semestral
Elaboración: Datos internos
Estándar: 3

2. Perspectiva de procesos internos: Calidad Asistencial

Criterio: Mejorar los tiempos de espera de 1º consulta
Indicador: Tiempo medio de espera para la 1º consulta de NCR
Descripción: Media de tiempo de espera hasta la 1º consulta de NCR
Fórmula: Sumatorio de los tiempos de espera de todos los pacientes vistos en consulta ambulatoria por primera vez entre todos los pacientes vistos en 1º consulta en el período
Tipo de indicador: Proceso
Dimensión: Accesibilidad
Fuente de información: Sistema QUENDAS de consultas externas
Justificación: El control de tiempos de listas de espera de consulta en atención especializada es una medida de control de calidad asistencial
Periodicidad: Trimestral
Elaboración del indicador: Servicio central. QUENDAS
Estándar: 30 días

Criterio: Introducir nuevos modelos de consulta
Indicador: Grado de implantación de consulta telemática
Descripción: Implantación de consulta telemática en NCR para pacientes en seguimiento de determinadas patologías
Fórmula: Implantación de consulta telemática en el servicio (Si/No)
Tipo de indicador: Proceso
Dimensión: Efectividad
Fuente de información: Datos internos
Justificación: Consulta telemática para optimización de recursos y disminución de consultas físicas sucesivas. Mejora de la calidad asistencial
Periodicidad: Anual
Elaboración: Propia
Estándar: Implantación de consulta telemática al 100%

Criterio: Disminuir lista de espera de columna de Traumatología
Indicador: Implantación de una consulta semanal de patología de columna
Descripción: Implantación de una consulta presencial semanal de patología de columna de lista de espera de consulta y de cirugía de columna de Traumatología
Fórmula: Implantación de consulta presencial semanal de patología de columna
Tipo de indicador: Proceso
Dimensión: Calidad
Fuente de información: Datos internos
Justificación: La lista de espera de Traumatología es un cuello de botella en la EOXI de Vigo. Una solución es tomar parte de su lista de espera para disminuir la demora y aumentar la accesibilidad y calidad asistencial del hospital
Periodicidad: Anual
Elaboración: Propia
Estándar: 100%

Criterio: Aumentar colaboración con RHB, U dolor y Urgencias para patología de columna
Indicador: Número de pacientes derivados a consulta sin haber sido valorado previamente por servicio médico
Descripción: Número de pacientes de columna derivados a consulta ambulatoria de NCR sin haber sido valorados previamente por un servicio médico que indique la necesidad de un tratamiento quirúrgico
Fórmula: Número de pacientes de columna derivados a consulta ambulatoria de NCR sin haber sido valorados previamente por un servicio médico
Tipo de indicador: Proceso
Dimensión: Calidad
Fuente de información: QUENDAS, historia clínica informatizada
Justificación: Los pacientes de patología espinal deben ser valorados por un servicio médico antes de uno quirúrgico para agotar las medidas conservadoras
Periodicidad: Trimestral
Elaboración: Propia
Estándar: 0

Criterio: Fomentar colaboración con Neurorradiología
Indicador: Número de pacientes valorados de forma multidisciplinar
Descripción: Calcular número de pacientes valorados en sesiones clínicas multidisciplinares para decidir el mejor tratamiento
Fórmula: Número pacientes valorados en sesión clínica multidisciplinar
Tipo de indicador: Proceso
Dimensión: Calidad
Fuente de información: Datos internos
Justificación: Los pacientes deben ser valorados de manera multidisciplinar por todos los departamentos que están involucrados en el tratamiento
Periodicidad: Anual
Elaboración: Propia
Estándar: 40

Criterio: Disminuir la variabilidad de la práctica médica
Indicador: Número de rutas asistenciales en uso para disminuir la variabilidad médica
Descripción: Establecer el número de rutas asistenciales implantadas en la Unidad en un período de tiempo determinado
Fórmula: Número de vías clínicas implantadas en un período determinado
Tipo de indicador: Proceso
Dimensión: Calidad
Fuente de información: Datos internos
Justificación: Las vías clínicas disminuyen la variabilidad clínica, se escoge o desarrolla y se aplica la ruta con mejor evidencia de eficiencia
Periodicidad: Semestral
Elaboración: Propia
Estándar: 3

Criterio: Rendimiento quirúrgico
Indicador: Rendimiento del tiempo de quirófano o índice de ocupación
Descripción: Cálculo del uso de las horas de quirófano disponibles en un período determinado
Fórmula: Número de horas utilizadas/Número de horas disponibles
Tipo de indicador: Proceso
Dimensión: Rendimiento
Fuente de información: Registro de quirófano
Justificación: El rendimiento es una medida de la actividad y la eficiencia del servicio
Periodicidad análisis: Trimestral
Elaboración: Servicio de Gestión hospitalaria
Estándar: >90%

Criterio: Disminuir tiempo en lista de espera quirúrgica
Indicador: Número de días de media en lista de espera quirúrgica
Descripción: Media de días que están los pacientes en lista de espera
Fórmula: Suma del número de días que están los pacientes en lista de espera entre el número de pacientes
Tipo de indicador: Proceso
Dimensión: Calidad
Fuente de información: Servicio de admisión
Justificación: El tiempo medio que se tarda en intervenir un paciente en lista de espera es un indicador muy importante de calidad del servicio
Periodicidad: Anual
Elaboración: Servicio de admisión
Estándar: 40

Criterio: Potenciar el porcentaje de cirugías de corta estancia
Indicador: Porcentaje de cirugías de corta estancia
Descripción: Cálculo del porcentaje de cirugías realizadas en régimen de corta estancia (máximo 48 horas de ingreso tras la cirugía)
Fórmula: Número de intervenciones realizadas en régimen de corta estancia x100 entre todas las cirugías programadas en el período de tiempo.
Tipo de indicador: Proceso
Dimensión: Eficiencia
Fuente de información: Propia
Justificación: El incremento de cirugías de ingreso de corta estancia aumenta la eficiencia del servicio con recuperación más rápida del paciente en domicilio y por tanto mejora de la calidad asistencial
Periodicidad: Anual
Elaboración: Propia
Estándar: 20%

Criterio: Potenciar la subespecialización dentro del servicio
Indicador: Número de cirugías realizadas por las unidades de subespecialización
Descripción: Número de cirugías realizadas por la unidad de cirugía endoscópica y por la unidad de columna en el período de tiempo
Fórmula: Número de cirugías realizadas por la unidad de cirugía endoscópica y por la unidad de columna en el período de tiempo
Tipo de indicador: Proceso
Dimensión: Calidad
Fuente de información: Datos internos
Justificación: La subespecialización aumenta la eficiencia y por tanto la calidad asistencial del departamento
Periodicidad: Anual
Elaboración: Propia
Estándar: 50-60 cirugías de columna, 30-40 cirugías endoscópicas

3. Perspectiva financiera: Eficiencia

Criterio: Definición e implantación de la gestión por procesos
Indicador: Número de procesos implantados
Descripción: La gestión por procesos permite analizar los procesos y hacerlos más eficientes
Fórmula: Número de procesos implantados x100/ Total de procesos de la Unidad
Tipo de indicador: Proceso
Dimensión: Eficiencia
Fuente de información: Datos internos
Justificación: La gestión por procesos permite aumentar la eficiencia y potenciar la visión de la mejora continua
Periodicidad: Anual
Elaboración: Propia
Estándar: 3

Criterio: Disminuir el gasto medio por paciente quirúrgico programado
Indicador: Gasto medio de pacientes por GRD en régimen de hospitalización
Descripción: Gasto medio de pacientes por GRD en régimen de hospitalización en el período
Fórmula: Sumatorio del gasto de cada paciente ingresado por GRD/Total de pacientes ingresados en el mismo período por el mismo GRD
Tipo de indicador: Resultado
Dimensión: Eficiencia
Fuente de información: Dirección de gestión
Justificación: Conocer el gasto medio por GRD permite aplicar medidas para racionalizarlo y contenerlo
Periodicidad: Anual
Elaboración: Propia
Estándar: Según acuerdos en el contrato de gestión. < 10% respecto año anterior

Criterio: Renegociación presupuestaria según definición por procesos
Indicador: Gasto farmacéutico en hospitalización
Descripción: Cálculo del porcentaje del gasto farmacéutico de la Unidad en el proceso de hospitalización en un período determinado incluyendo pacientes programados y urgentes
Fórmula: Gasto farmacéutico total en hospitalización x100/total gasto del servicio en un periodo de tiempo
Tipo de indicador: Resultado
Dimensión: Eficiencia
Fuente de información: Dirección de gestión
Justificación: Conocer el gasto farmacéutico ayuda a plantear un uso racional del medicamento en el servicio
Periodicidad: Mensual
Elaboración: Propia
Estándar: Gasto medio de los servicios de NCR del SERGAS

Criterio: Renegociación presupuestaria según definición de procesos
Indicador: Porcentaje de mejora presupuestaria
Descripción: Porcentaje de mejora en el presupuesto respecto al del año anterior en función de año anterior y sus resultados
Fórmula: Presupuesto de la unidad del año vigentex100/Presupuesto del año anterior
Tipo de indicador: Resultado
Dimensión: Recursos
Fuente de información: Dirección Gerencia
Justificación: Negociación de los presupuestos anuales en función de los resultados del año anterior
Periodicidad: Anual
Elaboración: Propia
Estándar: Según acuerdos en el contrato de gestión

4. Perspectiva Clientes: Experiencia y Seguridad del paciente

Criterio: Mejorar la satisfacción de los pacientes
Indicador: Índice de satisfacción de los pacientes
Descripción: Índice de satisfacción global de los pacientes atendidos en el servicio en un período determinado
Fórmula: Número de pacientes satisfechos o muy satisfechos/ todos los pacientes tratados
Tipo de indicador: Resultado
Dimensión: Satisfacción
Fuente de información: Encuesta de satisfacción de NCR
Justificación: Conocer el grado de satisfacción de los pacientes como medida de calidad percibida del servicio
Periodicidad: Anual
Elaboración: Propia
Estándar: 80%

Criterio: Mejorar información preoperatoria y de consentimientos informados
Indicador: Porcentaje de incidencias en la cumplimentación del consentimiento
Descripción: Cálculo del porcentaje de incidencias en la cumplimentación del consentimiento informado en pacientes sometidos a cualquier procedimiento quirúrgico en la Unidad. Encuesta de satisfacción
Fórmula: $\frac{\text{Número de consentimientos informados cumplimentados}}{\text{total de cirugías realizadas}} \times 100$. % de pacientes satisfechos o muy satisfechos con el trato/ total de pacientes intervenidos
Tipo de indicador: Resultado
Dimensión: Calidad
Fuente de información: Servicio de documentación. Datos propios
Justificación: La correcta cumplimentación de los consentimientos informados es una medida de seguridad para el profesional y el paciente
Periodicidad: Anual
Elaboración: Propia

Criterio: Aplicar Guías de Práctica Clínica para aumentar la seguridad
Indicador: Número de guías clínicas implantadas
Descripción: La implantación de Guías clínicas disminuye la variabilidad clínica y por tanto aumenta la seguridad de las medidas que se aplican
Fórmula: Número de guías clínicas implantadas y revisadas en la Unidad en el período
Tipo de indicador: Proceso
Dimensión: Resultado
Fuente de información: Datos internos
Justificación: La implantación de las Guías actualiza las actuaciones médicas y aumenta la evidencia de cada acto médico
Periodicidad: Anual
Elaboración: Propia
Estándar: 3

Criterio: Disminuir infecciones postquirúrgicas en cirugías programadas en pacientes hospitalizados
Indicador: Tasa de incidencia de infecciones postquirúrgicas
Descripción: Porcentaje de pacientes con infecciones nosocomiales postquirúrgicas en pacientes con cirugías programadas e ingreso hospitalario
Fórmula: Número de infecciones postquirúrgicas en pacientes intervenidos de forma programada x100/ número total de pacientes intervenidos
Tipo de indicador: Resultado
Dimensión: Resultados
Fuente de información: Datos propios
Justificación: El control de infecciones nosocomiales en pacientes de cirugías programadas con hospitalización es un criterio fundamental de calidad y seguridad del paciente. Es necesario un protocolo de antibioterapia
Periodicidad: Semestral
Elaboración: Propia
Estándar: <5%

Criterio: Cumplimentación del check-list adecuada por la seguridad del paciente
Indicador: Porcentaje de cumplimiento del check-list
Descripción: Estudio de cumplimentación correcta y completa del check-list en cirugías programadas
Fórmula: Número de check-list completados correctamente x100/Número total de cirugías realizadas en el período
Tipo de indicador: Proceso
Dimensión: Calidad
Fuente de información: Registro de quirófano
Justificación: Protocolizar el uso del listado de verificación quirúrgica ha demostrado aumentar la seguridad de los procesos quirúrgicos
Periodicidad: Anual
Elaboración: Propia
Estándar: 100%

Criterio: Colaboración con asociaciones sin ánimo de lucro relacionadas con problemas del SNC
Indicador: Número de sesiones de prevención y difusión de ideas generales de patología del SNC común y congénita
Descripción: Número de sesiones informativas de prevención, patología espinal, trauma craneal y patología congénita
Fórmula: Número de sesiones informativas impartidas en el período
Tipo de indicador: Resultado
Dimensión: Calidad
Fuente de información: Propia
Justificación: Las sesiones informativas de prevención, patología congénita, manejo patología espinal y del trauma craneal ayudan a disminuir la carga de estas patologías en urgencias y en consulta ambulatoria. Esto mejora la eficiencia. Además, ayuda a mejorar la responsabilidad social corporativa del departamento y del centro
Periodicidad: Anual
Elaboración: Propia
Estándar: 2

5.CURRICULUM DEL CANDIDATO

DATOS PERSONALES

Sexo: Hombre
Estado civil: casado
Nacionalidad: España
Dirección de contacto: Avenida Castelao 7
Localidad: Vigo
Provincia: Pontevedra
País: España
Código Postal: 36209
Teléfono: 6969838439
Email: jdiazmolina1@gmail.com

FORMACION

- **Licenciatura de Medicina 2004-2010.** Universidad de Navarra.
- **Médico especialista Neurocirugía vía MIR.** Período de formación desde mayo 2011 a mayo 2016 en el Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. Navarra
- **Rotación formativa en Neurocirugía Pediátrica.** Septiembre-noviembre 2014. Hospital 12 de Octubre. Madrid.
- **Rotación formativa en cirugía de columna endoscópica** Junio 2014. Complejo Hospitalario de León. León.
- **Rotación formativa en cirugía endoscópica de base de cráneo.** Febrero-Marzo 2016. Presbyterian Hospital. UPMC. Pittsburgh. Pennsylvania. USA

EXPERIENCIA PROFESIONAL

-
- **FEA Neurocirugía.** Mayo 2016-Julio 2016.
 - Hospital Universitario de Álava. Hospital de Santiago. Vitoria-Gasteiz
-
- **FEA Neurocirugía.** Julio 2016-Actualidad

- Hospital Álvaro Cunqueiro. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Vigo

PUBLICACIONES

Artículos:

-Thenier-Villa JL, Rodríguez AR, Martínez-Rolan RM, Gelabert-González M, González –Vargas PM, Galarraga Campoverde RA, Molina JD, De la Lama Zaragoza A, Martínez-Cueto P, Pou J, Alonso CC. **Hemodynamic changes in the treatment of multiple intracranial aneurysms: a computational fluid dynamics study.** World Neurosurgery. 2018 Jul 11.

-Zabalo G, Ortega R, Díaz J, Vázquez A, de Frutos D, García JC, Zazpe I. **Retroclival epidural haematoma: a diagnosis to suspect. Report of three cases and review of the literature.** Acta Neurochir. 2017 Aug; 159(8): 1571-1576.

-Zabalo G, Ortega R, Vázquez A, Carballares I, Díaz J, Portillo E. Tumor de células gigantes de la columna lumbar. Caso clínico y revisión de la literatura. **Neurocirugía. 2015. 26, 5:251-5.**

-Díaz J, Carballares J, Zabalo G, Bermejo B, Zazpe I, Portillo E. **Comparación de escalas pronósticas en pacientes mayores de 65 años intervenidos de meningioma intracraneal. Nuestra experiencia entre 2002-2012 y revisión de la literatura.** Neurocirugía. 2016. 27(1): 2-9

Libros:

-Zazpe I, Díaz J, Zabalo G, Portillo E. **Importancia de los marcadores moleculares en el manejo del GBM en ancianos.** Tumores cerebrales en el paciente de edad avanzada. Editorial: Grupo de Trabajo de Neuroncología de la Sociedad Española de Neurocirugía

-Díaz-Molina J, Zabalo G, Thenier JL, Zazpe I, Ortega R, Vázquez A, García JC, Portillo E. **Meningiomas in the Elderly, how to select the surgical patient.** Meningiomas Risk factors, treatment options and outcomes. Nueva York 2016. Editorial: Nova Science Publishers. 71-98

- Díaz J, Zabalo G, Carballares J, García JC. **Diagnóstico y tratamiento de la trombosis venosa cerebral. A propósito de un caso y revisión de la literatura.** I Certamen de Casos Clínicos del Colegio de Médicos de Navarra. Pamplona. 2014. Editorial: Colegio Oficial de Médicos de Navarra 121-131

- Portillo E, Vázquez A, Zazpe I, García JC, Ortega R, Díaz J, Azcona J, Carballares J, Zabalo G. Capítulo 30 **¿Cuándo operar una hernia discal?** Cirugía Raquimedular. Madrid. Editorial: Viguera. 2014: 723-727

-Vázquez A, García JC, Zazpe I, Ortega R, Díaz J, Portillo E. Capítulo 18 **Abordajes posteriores a la charnela toracolumbar.** Cirugía Raquimedular. Madrid. Editorial: Viguera. 2014: 403-408

COMUNICACIONES A CONGRESOS

- **Congreso de la Sociedad Española de Neurocirugía.** Barcelona 17-19 mayo 2017.

Comunicación póster: Manejo perioperatorio de anticoagulantes y de antiagregantes en Neurocirugía. Proposición de un protocolo. J. Díaz Molina, P. Sanromán, JL Thenier, RA Galarraga, C Conde.

- **Neuroiberia 2016. Congreso internacional de la Sociedad española y portuguesa de Neurocirugía.** Estoril. Portugal. 11-14 Mayo 2016.

Comunicación oral: Craniectomías y craneotomías realizadas por etiología traumática durante los años 2000-2015 en la población Navarra. Estudio epidemiológico. G. Zabalo, **J. Díaz**, JC. García Romero, R. Ortega, A Vázquez, I. Zazpe, E. Portillo.

Comunicación oral: Escalas pronósticas oncológicas en pacientes quirúrgicos con metástasis única. Nuestra experiencia y revisión de la literatura. **J. Díaz**, I. Zazpe, G. Zabalo, R. Ortega, JC. García Romero, A. Vázquez, E. Portillo.

Comunicación oral: Embolización prequirúrgica de meningiomas, estudio comparativo. JC García Romero, A. Vázquez, J. Olier, R. Ortega, I. Zazpe, **J. Díaz**, G. Zabalo, E. Portillo.

Comunicación póster: Artrodesis transpedicular percutánea más vertebroplastia a través de tornillos canulados en el tratamiento de las fracturas patológicas en vértebras metastásicas R. Ortega Martínez, A. Vazquez, **J. Díaz**, JC. Garcia Romero, G. Zabalo, I. Zazpe

-**Simposium Sopequin sobre el trauma pediátrico. La catastrofe tras el descuido** (Pamplona 17 diciembre 2015)

Comunicación oral: Trauma craneal pediátrico. **J. Díaz**

- **XLI Reunión de la Sociedad Vasca de Neurocirugía** (Bilbao 23 octubre 2015)

Comunicación oral: Cirugía endoscópica transesfenoidal para adenomas hipofisarios. Nuestra experiencia y revisión de la literatura. **J. Díaz**, I. Zazpe, JC García, G. Zabalo, R. Ortega, A Vázquez, E Portillo

Premio a la mejor comunicación oral de residentes de la reunión.

- **XX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Neurocirugía** (Pamplona 19-22 Mayo de 2015)

Comunicación oral: Factores de riesgo para la resorción del colgajo óseo como complicación a largo plazo de las craneoplastias después de la craniectomía descompresiva. G. Zabalo, **J. Díaz**, I. Zazpe, JC García, A Vázquez, R Ortega, B Bermejo, E. Portillo

Comunicación oral: Hemorragia intraparenquimatosa que requiere ingreso en UCI. E. Redondo, S Cordon, M Barber, LE de la Cruz, A Martiarena, J Barado, JM Guergué, **J Díaz**

Comunicación póster: Tumores del SNC en la infancia. Experiencia en nuestra comunidad en los últimos 35 años. M. Mendizábal, I Naberan, **J Díaz**, A Manterota, ME Yoldi, M Sagaseta, T Muñón, J Molina

Comunicación oral: Tratamiento quirúrgico de los tumores de la región pineal: A propósito de 28 casos. **J. Díaz**, A Saab, ML Laffitte, B Pascual, MJ Muñoz, J Hinojosa

Comunicación oral como docente en curso precongreso: Hidrocefalia y sistemas de derivación del LCR. **J. Díaz**

- **XV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cirugía Vertebral y Medular.** (Burgos 11-13 marzo 2015)

Comunicación póster: Schwannoma maligno dorsal en reloj de arena embolizado e intervenido por abordaje posterior único. G. Zabalo, **J. Díaz**, JC. Garcia, I., Zazpe, R. Ortega, J. Urriza, I. Amat, E. Portillo.

- **Seminario de Actualización en Oftalmología.** (Pamplona 7 nov 2014-26 junio 2015)

Comunicación oral como docente.

- **XIX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Neurocirugía.** (Cádiz 13-17 Mayo de 2014)

Comunicación oral: Comparación de escalas pronósticas en pacientes mayores de 65 años con un meningioma intracraneal. Nuestra experiencia entre 2002-2012 y revisión de la literatura. **J. Díaz**, I. Zazpe, B. Bermejo, A. Vázquez, R. Ortega, E. Portillo

Comunicación póster: Angiolipoma torácico espinal. Caso clínico y revisión de la literatura. **J. Díaz**, I. Zazpe, I. Amat, G. de Lima, J. Carballares, G. Zabalo

Comunicación póster: Tumor del saco endolinfático. Caso clínico y revisión de la literatura. **J. Díaz**, I. Zazpe, I. Amat, G. de Lima, J. Carballares, G. Zabalo

- **XVI Reunión de trabajo del grupo de Neuroncología de la SENE.** (Madrid 3-4 Abril de 2014)

Comunicación oral: Tumor del saco endolinfático: a propósito de un caso y revisión de la literatura. **J. Díaz.**

- **Master de Neurociencias de la UPV.** (Bilbao 28 febrero 2014)

Comunicación oral: Meningiomas en la tercera edad. **J. Díaz.**

- **XXXIX Reunión de la Sociedad Vasca de Neurocirugía** (Briones , La Rioja, 18 octubre 2013)

Comunicación oral: Meningiomas de la tercera edad. Nuestra experiencia entre el 2007-2011 y revisión de la literatura. **J. Díaz**, A. Vázquez, JC García, I. Zazpe, J. Carballares, E. Portillo.

- **XXVI Congreso Nacional SEAP-IAP.** (Cádiz 24 mayo 2013)

Participación como ponente en el Club de Neuropatología.

- **XVIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Neurocirugía** (San Sebastián 14-17 Mayo 2013)

Comunicación oral: ¿Son Realmente Necesarios Los Bloqueos Anestésicos Diagnósticos Previos A Una Rizolisis? Nuestra Experiencia En 210 Casos De Rizolisis Lumbar Sin Bloqueo Anestésico Previo. I Zazpe, **J. Díaz**, J. Carballares, R. Ortega, J. Azcona, E. Portillo

Comunicación oral: Nuestra Experiencia En Craniectomías En La Tercera Edad: Resultados Y Factores Pronósticos. J. Carballares, **J. Díaz**, I. Zazpe. R. Ortega, JC Grcía, E. Portillo

Comunicación póster: Meningioma Atípico De Raquis Dorsal En Paciente Joven. Caso Clínico Y Revisión De La Literatura. **J Díaz**, A Vazquez, I Carballares, I Zazpe, J Azcona, E Portillo

Comunicación póster: Ganglioglioma Hipofisario: A Propósito de un caso y revisión de la literatura. I Zazpe, I Amat, **J Díaz**, JC García, JP Martínez, E Portillo

- **XIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Neuroraquis** (Pamplona 13-15 Marzo 2013)

Comunicación oral: ¿Existe correlación entre la clínica y la imagen radiológica en el Síndrome Centromedular? Nuestra experiencia y revisión literatura. **J. Diaz**, JC García, I. Carballares, I. Zazpe, E. Portillo.

Comunicación póster: Ganglión dorsal en paciente joven. Caso clínico y revisión de la literatura. **J. Diaz**, A. Vázquez, J. Carballares, R. Ortega, E. Portillo

- **XVII Congreso Nacional de Sociedad Española de Neurocirugía.** (Las Palmas de Gran Canaria 9-12 Mayo 2012)

Comunicación póster: Infarto venoso del Seno Sagital Superior. Caso clínico. **J. Díaz**, J. Carballares, JC García, A. Vázquez, I. Zazpe, E. Portillo

Comunicación póster: PNET primario extradural espinal en paciente pediátrico: Caso clínico y revisión de la literatura. **J. Díaz**, J. Carballares, A. Vázquez, J.C. García, I. Zazpe, E. Portillo

- **XXXVII Reunión de la Sociedad Vasca de Neurocirugía**. (Bilbao 28 Octubre de 2011)

Comunicación oral: Hemorragia espontánea en mujer joven. **J. Díaz**, J.C. García, I. Carballares, I. Zazpe, A. Vázquez, J. Azcona, E. Portillo

Comunicación oral: Tumor del III ventrículo en niña de 5 años. J. Carballares, I. Zazpe, A. Vázquez, J.C. García, **J. Díaz**, E. Portillo

IDIOMAS

Inglés: FIRST Certificate de Cambridge (B2) Junio 2014.

Curso de Comunicaciones científicas en Inglés. 8 créditos ECTS. 2014-2015.

Gallego: CELGA 1 (A1) Noviembre 2017.

DATOS DE INTERÉS

- **Primer premio Concurso Casos Clínicos SENE**C. Dr. Gorka Zabalo, Jorge Díaz, Rodrigo Ortega. Valencia 6 junio 2016.

- Miembro adherido de la Sociedad Europea de Neurocirugía (EANS), Sociedad Española de Neurocirugía (SENEC) y de la Sociedad Vasca de Neurocirugía.

- He finalizado el ciclo de 5 años de Cursos de Formación para Residentes organizados por la Sociedad Española de Neurocirugía (SENEC)

- Miembro del Comité Organizador del XIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Neurocirugía. 13-15 marzo 2013.

5.2. Funciones de Jefe Clínico

Como Jefe Clínico de la Unidad de Neurocirugía considero que se deben desempeñar diferentes funciones:

- Planificación estratégica de los objetivos de la Unidad a medio y largo plazo.
- Gestión de los recursos de la Unidad lo más eficientemente posible.
- Dirección y gestión de los miembros del servicio para la planificación operativa de la actividad diaria.
- Revisión de los planes de gestión con dirección y gerencia.
- Coordinación de las líneas estratégicas del servicio con las del centro.

- Elaboración de cuadro de mando con control de gestión y revisión de resultados en indicadores.
- Implantación de medidas de mejora en los aspectos que presenten problemas.
- Control del gasto, desarrollo tecnológico del servicio, gasto farmacéutico.
- Liderazgo.
- Fomentar trabajo en equipo y la implicación de los miembros del departamento.
- Potenciar la participación de los especialistas de la Unidad en comisiones clínicas y grupos de trabajo del centro, de la sociedad nacional y demás formaciones académicas.
- Fomentar la docencia y la implicación con los estudiantes, los MIR y los rotantes externos para dar una enseñanza de calidad.
- Potenciar la investigación traslacional de los miembros del servicio con apoyo y fondos para nuevos proyectos.
- Fomentar la publicación de trabajos en revistas científicas del campo.
- Favorecer una formación continuada con asistencia a cursos, congresos y rotaciones externas.
- Fomentar la proyección de la Unidad fuera del centro y el desarrollo profesional de cada uno de los miembros según las preferencias y necesidades de la Unidad de Gestión Clínica.
- Apoyo al Tutor de residentes en su labor de docencia y organización de los MIR y rotantes.
- Fomentar la visión de una responsabilidad social corporativa de la Unidad.
- Coordinación de los Recursos Humanos de la Unidad y comunicación con el departamento de recursos humanos del centro.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Indicaciones del RD 16/2012. Disponible en: <https://www.laboral-social.com/reforma-sanidad%20-2012-asistencia-sanitaria-beneficiario-farmacos-copago-medicamentos-profesionales-sanitarios.html>
2. Ley 8/2008 del 10 de Julio de salud de Galicia
3. Decreto 168/2010 del 7 de octubre
4. Ley 1/2018, del 2 de abril de salud
5. Mapa de provincias de Galicia. Disponible en: [\(https://3tigrestribes.wordpress.com/category/lugares-de-espana/\)](https://3tigrestribes.wordpress.com/category/lugares-de-espana/)
6. Instituto Gallego de Estadística. Disponible en: <https://www.ige.eu>
7. Centro Internacional sobre el envejecimiento. Disponible en: <https://cenie.eu>
8. Estadística del Gasto Sanitario Público 2016. Ministerio de Sanidad
9. Servicio Gallego de Salud. Disponible en: <https://www.sergas.es>
10. Plan estratégico de 2017-2021 de la EOXI de Vigo

11. Web Xestión Integrada de la EOXI de Vigo. Disponible en: <https://xxivigo.sergas.gal>
12. Informe de servicios y cifras del Hospital POVISA. Disponible en: <https://www.povisa.es/el-hospital/povisa-en-cifras>
13. Memoria de la EOXI de Vigo 2016.
14. Certificado de construcción sostenible. BREEAM. Disponible en: <http://www.breeam.es/index.php/comunicacion/noticias/item/758>
15. Memoria de la EOXI de Vigo 2014
16. Memoria de la EOXI de Vigo 2015
17. Memoria de la EOXI de Vigo 2017
18. Estrategia SERGAS 2020
19. Programa oficial de la especialidad de Neurocirugía. Ministerio de Sanidad.
20. Informe de docencia del servicio de NCR de Vigo.
21. Memoria de actividad de NCR 2015
22. Memoria de actividad de NCR 2016
23. Memoria de actividad de NCR 2017