

**Universidad Internacional de La Rioja**

**Facultad de Ciencias de la Salud**

**Máster Universitario en Dirección y Gestión  
Sanitaria**

**Trabajo Fin de Máster**

**MEMORIA DE LA UNIDAD DE GESTIÓN  
CLÍNICA DE OFTALMOLOGÍA DEL COMPLEJO  
HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE  
CARTAGENA (REGIÓN DE MURCIA)**

**Presentado por:** María Dolores Miranda Rollón

**Asesorado por:** Jesús Miguel Tejedor Muñoz

**Ciudad:** Cartagena

**Fecha:** Febrero 2017

## ÍNDICE GENERAL

1. Propósito del Documento.....	6
2. Marco general y características del sistema sanitario donde se localiza la Unidad de Gestión Clínica de Oftalmología del Complejo Hospitalario Universitario de Cartagena.....	6
3. Análisis estratégico.....	11
3.1. Análisis externo.....	11
3.1.1. Datos demográficos.....	11
3.1.1.1. Población asistida .....	11
3.1.1.2. Municipios que abarca.....	15
3.1.2. Recursos sanitarios en el Área II del Servicio Murciano de Salud.....	16
3.1.2.1. Financiación.....	17
3.1.2.2. Centros de Salud.....	17
3.1.2.3. Recursos hospitalarios.....	20
3.1.2.3. Cartera de Servicios del Área II.....	20
3.1.3. Dotación estructural del Complejo Hospitalario Universitario de Cartagena.....	22
3.1.4. Recursos socio-sanitarios del Área II del SMS.....	23
3.1.5. Evolución de la actividad asistencial del Complejo Hospitalario Universitario de Cartagena (2011-2015).....	26
3.1.5.1. Hospitalización.....	26

3.1.5.2. Consultas externas.....	26
3.1.5.3. Hospital de día.....	27
3.1.5.4. Área quirúrgica.....	27
3.1.6. Planificación estratégica del Complejo Hospitalario Universitario de Cartagena.....	28
3.2. Análisis interno de la Unidad de Gestión Clínica de Oftalmología del Complejo Hospitalario Universitario de Cartagena.....	29
3.2.1. Estructura funcional.....	29
3.2.1.1. Hospitalización.....	29
3.2.1.2. Consultas externas.....	30
3.2.1.3. Unidad quirúrgica.....	31
3.2.2. Recursos humanos.....	32
3.2.2.1. Personal médico.....	32
3.2.2.2. Personal de enfermería.....	38
3.2.2.3. Personal administrativo.....	38
3.2.3. Cartera de Servicios.....	39
3.2.4. Análisis de los datos de funcionamiento generales de la Unidad de Gestión Clínica de Oftalmología en los últimos 5 años.....	42
3.2.4.1. Hospitalización.....	42
3.2.4.2. Consultas externas.....	42
3.2.4.3. Procedimientos realizados en consulta externa...	42
3.2.4.4. Tratamientos en Hospital de día.....	43
3.2.4.5. Actividad quirúrgica.....	43
3.2.4.6. Pruebas solicitadas.....	43
3.2.5. Análisis de la lista de espera quirúrgica.....	43
3.2.6. Previsión de la demanda.....	44
3.2.7. Matriz DAFO/CAME.....	50

4.	Plan de actuación del Servicio de Oftalmología del CHUC.....	51
4.1.	Concepto y competencias de la especialidad de Oftalmología.....	51
4.2.	Misión, Visión y Valores.....	53
4.3.	Líneas estratégicas, factores clave de éxito.....	53
4.3.1.	Desarrollo de un nuevo modelo organizativo.....	53
4.3.2.	Orientación al paciente.....	56
4.3.3.	Planes de eficacia y calidad.....	57
4.4.	Objetivos asistenciales, financieros y de sostenibilidad.....	59
4.5.	Mapa de procesos de la unidad.....	65
4.6.	Procesos estratégicos, operativos, de soporte.....	66
4.7.	Calidad y seguridad del paciente.....	68
4.8.	Atención centrada en el paciente.....	71
4.9.	Guías clínicas y rutas asistenciales para una atención integrada...	73
4.10.	Gestión del conocimiento e innovación.....	74
4.11.	Docencia y formación continuada.....	76
4.12.	Actividad investigadora: sí, no, ensayos clínicos, líneas de investigación.....	78
4.13.	Monitorización del plan de gestión: cuadro de mando.....	79
5.	Curriculum vitae.....	81
5.1.	Funciones de jefe clínico.....	81

6. BIBLIOGRAFÍA.....83

ANEXO: CURRÍCULUM VITAE.....86

## **1. Propósito del Documento**

El propósito de esta memoria es elaborar una memoria de la Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Oftalmología del Complejo Hospitalario Universitario de Cartagena (CHUC), con objeto de presentarme a la jefatura de Servicio.

Esta memoria describe la organización, estructura y funciones de esta unidad de gestión clínica que sirva para realizar un análisis de lo que se está realizando en este servicio y establecer un plan de acción que mejore la prestación de servicios de la unidad.

## **2. Marco general y características del Sistema Sanitario donde se localiza la Unidad de Gestión Clínica de Oftalmología del Complejo Hospitalario Universitario de Cartagena**

La salud es uno de los pilares fundamentales del estado de bienestar. En la Constitución Española se reconoce el derecho a la salud para toda la población y encomienda a los poderes públicos a su organización y tutela.

La Ley General de Sanidad (LGS) 14/1986 de 25 de abril, creó el Sistema Nacional de Salud (SNS) español. El modelo de SNS tiene como características principales el derecho a la salud y a la atención sanitaria igual para todos los ciudadanos. Los principios en los que se basa son: cobertura universal, financiación y provisión pública. Con esto se garantiza un nivel de asistencia sanitaria equitativo para toda la población independientemente de su nivel socio-cultural, económico o su lugar de residencia.

La LGS establece la descentralización de las competencias sanitarias en servicios de salud dependientes de cada Comunidad Autónoma (C.C.A.A.) (1). La Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (CARM) recibe estas competencias sanitarias en enero 2002 (Real Decreto número 1474/2001, de

27 de diciembre, por el que se aceptan las competencias y se atribuyen las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud traspasados a la CARM y la promulgación del Decreto número 94/2001, de 27 de diciembre, por el que se establecen los órganos básicos de la Consejería de Sanidad y Consumo). La Consejería de Sanidad es el órgano de la Administración de la CARM encargado de las directrices en política de salud y de la alta dirección de los organismos responsables de la provisión y gestión del Servicio Murciano de Salud (SMS) (2).

La Ley de Sanidad creó el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud para garantizar la cooperación y coordinación necesarias entre las C.C.A.A. y la Administración estatal. Se trata de un órgano básico para cohesionar el sistema y depende directamente del Ministerio de Sanidad. El Estado se reserva la regulación de bases, leyes y la coordinación general de la Sanidad como son la política general del uso del medicamento y los acuerdos internacionales de salud.

La Ley de Cohesión y Calidad del SNS (16/2003, 28 de mayo) (3) modifica algunos aspectos de la LGS estableciendo la coordinación y cooperación entre las distintas administraciones públicas para asegurar el derecho de protección de la salud, estableciendo como sus principales normas:

1. Equidad en el acceso a las prestaciones sanitarias y protección de la salud en todo el territorio nacional.
2. Participación ciudadana en la planificación y funcionamiento del sistema.
3. Calidad en las prestaciones.

La LGS establece como unidades básicas de los Servicios de Salud autonómicos las llamadas Áreas de Salud. Estas Áreas de Salud son las estructuras fundamentales del sistema sanitario. Están demarcadas geográficamente y en ellas se integran los recursos necesarios para atender las necesidades sanitarias de la población que abarcan y de este modo poder

conseguir un nivel de salud adecuado de esta. Existen dos niveles de atención dentro de estas Áreas de Salud establecidos por la LGS:

- Atención primaria (primer nivel): su marco territorial son las Zonas Básicas de Salud que prestan atención de salud a una población entre 5.000 y 25.000 habitantes. En cada Zona Básica de Salud existe un Centro de Salud, consultorio, o locales auxiliares en aquellas localidades que las necesidades geográficas o ciudadanas así lo precisen.
- Atención especializada (segundo nivel): El Hospital es la institución sanitaria de referencia de la Atención Primaria o de primer nivel. En él es donde se despliegan los recursos necesarios para atender la demanda de Atención Especializada de la población, tanto en régimen de internamiento como ambulatorio.

El nivel de Atención Primaria se interrelaciona con la Atención Especializada según el Artículo 7 del RD 137/1984, dedicado a la coordinación entre niveles, el cual establece que “los Equipos de Atención Primaria desarrollarán, su actividad en estrecha colaboración funcional y técnica con los servicios especializados que se den a otro nivel” (4).

Las prestaciones sanitarias del SNS se agrupan en cuatro categorías:

1. Asistencia sanitaria para:

- Todos los españoles y los extranjeros en el territorio nacional o
- Los nacionales de los Estados miembros de la Unión Europea, que tienen los derechos que resulten del derecho comunitario europeo y de los tratados y convenios que se suscriban por el Estado español y les sean de aplicación.
- Los nacionales de Estados no pertenecientes a la Unión Europea, que tienen los derechos que les reconozcan las leyes, los tratados y convenios suscritos.

2. Prestaciones Farmacéuticas: A diferencia de las demás prestaciones, presentan la característica de estar cofinanciadas por los usuarios.

3. Prestaciones complementarias: Hemoterapia, diagnóstico prenatal en grupos de riesgo, diagnóstico por imagen, laboratorios, planificación familiar, radiología intervencionista, radioterapia, extracción de órganos, Diálisis, ESAD, entre otros.

4. Otras prestaciones: transporte sanitario, oxigenoterapia domiciliaria, ortoprótesis (excepto prótesis dentales).

La Consejería de Sanidad de la CARM elaboró en el año 2015 el Plan Regional de Salud de 2010-2015 (PS2015) (5). El PS2015 focaliza sus esfuerzos en aquellos condicionantes que más pueden impactar en el nivel de salud de la sociedad murciana, como son:

- Promover la implicación de la ciudadanía con su salud, fomentando conductas y estilos saludables de vida.
- Desarrollar y reforzar políticas sanitarias e intersectoriales para promover la salud en la población, generar entornos saludables de vida, mejorar la calidad del medioambiente y potenciar los mecanismos de prevención y seguridad de la salud colectiva.
- Disminuir las desigualdades en salud, causantes en gran parte de algunos resultados desfavorables evidenciados en el análisis de situación.
- Potenciar la Atención Primaria, como base del sistema sanitario, principal interlocutor del paciente y promotor de la salud colectiva.
- Mejorar la práctica clínica en el sistema sanitario, promoviendo la reducción de la variabilidad, la continuidad de cuidados y la seguridad clínica.
- Reforzar la coordinación con los dispositivos sociales y de asistencia a la dependencia, para promover la autonomía de la ciudadanía.
- Fortalecimiento de la gestión del sistema sanitario para mejorar la respuesta de las organizaciones y profesionales a las expectativas de la sociedad.

- Reforzar los abordajes transversales de las patologías crónicas, mediante el desarrollo y evaluación de vías clínicas integrales entre niveles asistenciales, así como mejorar la efectividad de los tratamientos curativos, rehabilitadores y paliativos.
- Promocionar la capacitación e implicación del paciente mediante intervenciones individuales y grupales.
- Mejorar la prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer.

El avance en cada uno de estos condicionantes exige una equilibrada actuación de los tres agentes fundamentales de este Plan de Salud: la ciudadanía, el sistema sanitario y el Gobierno e Instituciones de la Región. La implicación de la población con el cuidado de su salud y el desarrollo de un estilo saludable de vida constituyen la medida más efectiva para la mejora de la salud del conjunto de la sociedad. Por lo que este Plan de Salud hace especial énfasis en las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad desde la esfera del compromiso personal. El sistema sanitario murciano asume el desafío de actualizar sus formas de hacer y sus recursos para responder tanto a las expectativas ciudadanas como a las exigencias del desarrollo científico.

Para ello, se requieren dos estrategias de desarrollo: una orientada a implicar a todos los sectores incorporándolos al compromiso de mejorar la salud y reducir las desigualdades de la población y otra en la que todos los niveles de la administración pública se sientan involucrados. Esta necesidad de desarrollar políticas intersectoriales está en plena sintonía con el objetivo de la Unión Europea de “introducir la salud en todas las políticas”, así como con otras que se están desarrollando en países con sistemas sanitarios avanzados.

### **3. Análisis estratégico**

#### **3.1. Análisis externo**

##### **3.1.1. Datos demográficos**

###### **3.1.1.1. Población asistida**

La UGC de Oftalmología del CHUC pertenece al Área II de Salud del Servicio Murciano de Salud (SMS) de la Región de Murcia.

El Área II de Salud se sitúa en la franja sur de la Región de Murcia, zona bañada por el Mar Mediterráneo, con clima cálido durante todo el año lo que la convierte en una zona con gran reclamo turístico nacional e internacional haciendo que su población se eleve sobre todo en verano.



Figura 1. Mapa de la situación del Área II dentro de la Región de Murcia (6).

En la estructura productiva de la comarca de Cartagena se distinguen fundamentalmente tres sectores económicos: 1) el industrial, con la industria petroquímica; 2) el sector agrario, a la baja por los problemas relacionados con el déficit de agua, y 3) el sector turístico, de costa, que demanda alojamiento

hotelero y extrahotelero, segundas viviendas extraurbanas y complejos urbanísticos acompañados o no de campos de golf.

El número de tarjetas individuales sanitarias (T.I.S.) que se atienden en el Área II de salud del SMS es de 266.289 (222.055 de adultos y 44.234 de Pediatría).

En los últimos 4 años ha habido una tendencia a la estabilización e incluso a la disminución de la población debido a los años de crisis pasados y actuales, a la emigración de la propia población joven murciana y al regreso de inmigrantes a sus países. Hay que tener en cuenta que la tasa de paro en la región de Murcia es del 28.4% para las mujeres y del 21.7% para los hombres (un 24% global) (6).

	2012	2013	2014	2015
<b>Cartagena</b>	216.655	217.641	216.451	216.301
<b>Mazarrón</b>	35.408	35.661	32.718	32.150
<b>La Unión</b>	19.009	19.263	19.452	19.572
<b>Fuente Álamo</b>	16.175	16.679	16.338	16.284

Tabla 1. Distribución poblacional en los cuatro municipios del Área II del SMS (7).

- Población menor de 4 y 14 años y mayor de 65 años:

La cifra de población de menores de 4 y 14 años y mayores de 65 tiene importancia a la hora de hacer cálculos y medidas de parámetros asistenciales.

ÁREA II SALUD	Nº	%
<b>&lt; de 4 años</b>	16139	5.68%
<b>&lt; de 14 años</b>	50158	17.64%
<b>&gt; de 65 años</b>	45140	15,87%

Tabla 2. Distribución de la población por edades en el Área II del SMS (7).

- Población extranjera:

En lo referente a la población de extranjeros censados en el Área II en 2015, se puede observar en la tabla 2, que corresponden al 21% de la población de derecho. En el municipio de Mazarrón llama la atención que la población extranjera (europea y africana sobre todo) llega casi a la misma cifra que la población nacional.

	Nacionalidad	Población extranjera 2011	Población extranjera 2013	Población extranjera 2015
<b>Cartagena</b>	Total	29.343	30.110	26.515
	Europea	8.853	9.387	7.496
	Africana	13.804	14.566	14.179
	Americana	6.006	5.304	3.993
<b>Mazarrón</b>	Total	7.566	7.274	6.461
	Europea	1.547	1.644	1.037
	Africana	3.582	3.508	3.597
	Americana	2.437	2.122	1.827
<b>La Unión</b>	Total	2.283	2.227	1.913
	Europea	273	290	222
	Africana	1.535	1.584	1.415
	Americana	451	320	242
<b>Fuente Álamo</b>	Total	5.143	5.518	4.764
	Europea	1.547	1.644	1.037
	Africana	2.056	2.352	2.307
	Americana	1.514	1.479	1.294

Tabla 3. Distribución de la población extranjera en los cuatro municipios del Área II del SMS (7).

- Distribución de la población por sexo.

En cuanto a la distribución por sexos sería la siguiente:

	VARONES	MUJERES	POBLACIÓN
<b>TOTAL</b>	<b>143.389</b>	<b>140.908</b>	<b>284.307</b>
<b>%</b>	<b>50.44%</b>	<b>49.56%</b>	

Tabla 4. Distribución de la población por sexos en el Área II del SMS (7).

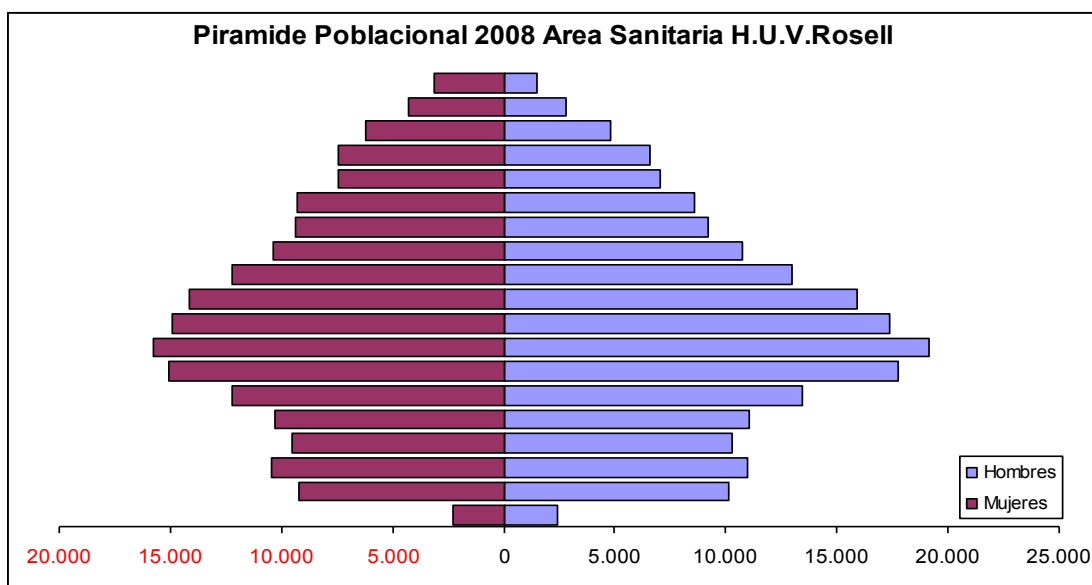


Figura 2. Pirámide poblacional del Área II del SMS (6).

La morfología de la pirámide poblacional es la de campana con base intermedia y disminución lenta hacia el vértice, indicando que se trata de poblaciones estacionarias y envejecidas, típica de comunidades desarrolladas.

- El índice de Fritz ((0-20/30-50) x100) es de 70,72. Este valor indica que se trata de una población madura.
- El índice de Burgdofer (Jóvenes < Viejos; J=6-15, V=45-65) 10,95% vs 22,01% califica a la población de la Área II como población envejecida.
- El índice de Sundarg (A<C; A=0-15, C=>50) 32,26% vs 53,32% califica a la población como regresiva.

El perfil poblacional del Área II es sobre todo de tres tipos:

- Población jubilada, nacional y europea, mayor de 65 años y consumidora de recursos.
- Población *free rider*, nacional y europea, de cualquier edad, con consumo medio de recursos muy elevados.
- Población inmigrante, procedente de países subdesarrollados, o en vías de desarrollo, de edades entre 20 y 30 años, con consumo de recursos elevado.

La población inmigrante europea presenta una serie de características peculiares. La mayor parte de ellos son ancianos, jubilados y pensionistas, con enfermedades crónicas, muchos de ellos viudos, sin apoyo familiar ni soporte social de relaciones de vecindad implicado del alejamiento de sus países de origen. Una buena parte de esta población extranjera se agrupa en colonias de la misma nacionalidad y, pese a residir bastantes años en España, no se llegan a integrar en sus comunidades de residencia y tampoco adquieren un conocimiento mínimo de nuestro idioma el cual les permita la comunicación necesaria en situaciones tan importantes como es la pérdida de la salud.

En la actividad turística de la Región de Murcia se distinguen dos zonas diferentes: el litoral, y el interior. Es la primera, la que nos interesa por su pertenencia al Área II al haber tenido un desarrollo manifiesto en la última década.

### **3.1.1.2. Municipios que abarca el Área II del Servicio Murciano de Salud**

El Área II del SMS engloba cuatro municipios:

- Cartagena
- La Unión
- Fuente Álamo
- Mazarrón

El término municipal de Cartagena engloba un total de 214.301 habitantes según el censo del año 2015, siendo la segunda ciudad más poblada de la Región de Murcia después de Murcia capital. A esta población hay que sumar los municipios de Mazarrón con 32.150 habitantes, La Unión con 19.572 habitantes y Fuente Álamo con 16.284 habitantes (7). De este modo la Comarca de Cartagena se compone de un total de 284.307 habitantes de los 1.470.069 de la Región de Murcia.

### **3.1.2. Recursos sanitarios en el Área II del Servicio Murciano de Salud**

El CHUC consta de dos hospitales que son el Hospital General Universitario de Santa Lucía (HGUSL) y el Hospital General Universitario Santa María del Rosell (HGUSMR), ambos situados en la ciudad de Cartagena.

El HGUSL se sitúa en las afueras de la ciudad de Cartagena. Fue inaugurado en el año 2011 convirtiéndose en el hospital de referencia del Área II del SMS. Es un hospital ubicado en una parcela de unos 160.000 m<sup>2</sup> con una superficie construida de 112.000 m<sup>2</sup>, siguiendo el modelo estructural de bloques formado por seis bloques y cinco plantas. Consta de 667 camas y es un hospital de tercer nivel en el que se desarrolla el tratamiento y seguimiento de la mayor parte de patologías de la población asistida.

El HGUSMR se sitúa en el centro de la ciudad de Cartagena. Se construyó en el año 1970 y era el hospital de referencia de las Áreas II y VIII hasta la apertura del HGUSL y del Hospital Universitario de los Arcos del Mar Menor (HULAMM), hospital de referencia del Área VIII del SMS desde el año 2011 .

La UGC de Oftalmología del CHUC divide su actividad asistencial y quirúrgica en estos dos centros sanitarios. Además es centro de referencia de patología oftalmo-pediátrica y vítreo-retiniana del HULAMM (8).

### **3.1.2.1. Financiación**

La UGC de Oftalmología es una unidad de gestión de financiación y provisión pública dependiente de la unidad de gestión central del CHUC. Al igual que el SMS al que pertenece, su cobertura es universal para todos los ciudadanos que precisen asistencia sanitaria.

### **3.1.2.2. Centros de Salud**

El Área II del SMS consta de 16 centros de salud:

- Centro de Salud Cartagena Casco Antiguo
- Centro de Salud Cartagena Oeste
- Centro de Salud de El Algar
- Centro de Salud del Barrio de Peral
- Centro de Salud Fuente Álamo
- Centro de Salud La Manga-Costa Cálida
- Centro de Salud La Unión
- Centro de Salud Los Barreros
- Centro de Salud Los Dolores
- Centro de Salud Mazarrón
- Centro de Salud Molinos Marfagones
- Centro de Salud Pozo Estrecho
- Centro de Salud Puerto de Mazarrón
- Centro de Salud San Antón
- Centro de Salud Santa Lucía
- Centro de Salud Virgen de la Caridad (Cartagena-Este)

Y de los siguientes consultorios:

- Consultorio Alumbres
- Consultorio Balsa Pintada
- Consultorio Cabo de Palos
- Consultorio Campo Sol
- Consultorio Canteras

- Consultorio Cañada de Gallego
- Consultorio Cuesta Blanca
- Consultorio de la plaza del Cavanna
- Consultorio de Playa Honda
- Consultorio El Albuñón
- Consultorio El Escobar
- Consultorio El Estrecho
- Consultorio El Llano del Beal
- Consultorio Isla Plana
- Consultorio Islas Menores
- Consultorio La Aljorra
- Consultorio La Aparecida
- Consultorio La Azohía
- Consultorio La Magdalena
- Consultorio La Palma
- Consultorio La Pinilla
- Consultorio La Puebla
- Consultorio La Vaguada
- Consultorio Las Cuevas de Reylo
- Consultorio Las Lomas de el Albuñón
- Consultorio Las Palas
- Consultorio Los Almagros
- Consultorio Los Belones
- Consultorio Los Cánovas
- Consultorio Los Mateos
- Consultorio Los Nietos
- Consultorio Los Puertos Santa Bárbara
- Consultorio Los Urrutias
- Consultorio Majada
- Consultorio Miranda
- Consultorio Perín
- Consultorio Polígono Santa Ana
- Consultorio Portmán
- Consultorio Roche

- Consultorio San Isidro
- Consultorio Santa Ana
- Consultorio Tallante
- Consultorio Vista Alegre

	TOTAL REGIÓN	Área II: CARTAGENA
Equipos de Atención Primaria	85	16
Bases 061	17	4
Centros de Salud	85	16
Centros de Salud Mental	15	1
Consultorios	182	44
PAC (Punto de Atención Continuada)	12	2
PEA (Punto de Especial Aislamiento)	9	1
Servicios de Urgencia	27	5
Zonas de Salud	90	17
Hospitales Públicos	10	2

Tabla 5. Balance de los recursos sanitarios adscritos al mapa sanitario según áreas de salud, recursos extrahospitalarios 2015 (8).

	Región de Murcia	Área II- Cartagena
Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD)	9	1
Equipo de Soporte de Atención Hospitalaria (ESAH)	9	1
Protocolo Cuidados Paliativos Pediátrico (PCCP)	1	0

Tabla 6. Otros recursos (8)

### 3.1.2.3. Recursos hospitalarios

ÁREA II	Número de camas	Finalidad asistencial	Dependencia funcional
Complejo Hospitalario Universitario	660	General	Servicio Murciano de Salud
Hospital General Universitario Santa María del Rosell	55	General	Servicio Murciano de Salud
Hospital General Universitario Santa Lucía	605	General	Servicio Murciano de Salud
Hospital de la Caridad - Los Pinos	164	Geriatría y/o larga estancia	Otro Privado-Benéfico
Hospital Ntra. Sra. Perpetuo Socorro S.A.	210	Médico-Quirúrgico	Privado no Benéfico
Centro Médico Virgen la Caridad	0	Médico-Quirúrgico	Privado no Benéfico
Hospital Ntra. Sra. Perpetuo Socorro II (Alameda)	109	Geriatría y/o larga estancia	Privado no Benéfico
Residencia Los Almendros	60	Geriatría y/o larga estancia	Privado no Benéfico

Tabla 7. Centros hospitalarios pertenecientes al Área II del SMS (8).

Dentro de estos centros la UGC de Oftalmología del CHUC deriva pacientes para intervenciones quirúrgicas de cataratas y de cirugía menor al Centro Médico Virgen de la Caridad y al Hospital Ntra. Sra. Perpetuo Socorro en régimen de concierto de la gerencia general del Área II del SMS y estos dos centros.

### 3.1.2.4. Cartera de Servicios del Área II

#### **HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE SANTA LUCÍA**

Área médica:

- Cardiología-Hemodinámica.

- Endocrinología y Nutrición.
- Gastroenterología.
- Hematología-Hemoterapia.
- Medicina Interna.
- Medicina Intensiva.
- Nefrología.
- Neumología.
- Neurología.
- Oncología Médica.
- Oncología Radioterápica.
- Reumatología.
- Alergología.
- Geriatria.
- Psiquiatría.

#### Área quirúrgica

- Anestesia y Reanimación.
- Angiología y Cirugía Vascul ar Periférica.
- Cirugía General y Aparato Digestivo.
- Cirugía Oral y Maxilofacial.
- Cirugía Plástica y Reparadora.
- Cirugía Pediátrica.
- Oftalmología.
- Otorrinolaringología.
- Traumatología y Cirugía Ortopédica.
- Urología.
- Dermatología.

#### Área de servicios generales médicos:

- Anatomía Patológica.
- Farmacia.
- Medicina Nuclear.
- Radiodiagnóstico.

- Laboratorio General (Análisis Clínicos, Microbiología, Hematología).

Hospitalización de día

- Hospital de Día Médico.
- Hospital de Día Oncológico.
- Hospital de Día Quirúrgico.

Área Pediátrica y Neonatología

Área Ginecológica y Obstetricia

Servicio de Urgencias (Generales y Pediátricas)

### ***HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA MARÍA DEL ROSELL***

El HGUSMR es el momento actual un hospital complementario al hospital de referencia donde se realizan consultas externas de la mayoría de la especialidades, quirófanos de cirugía mayor ambulatoria (CMA) y de cirugía con ingreso (CCI), con sala de premedicación y de reanimación postquirúrgica. Existen 55 camas destinadas a corta estancia, servicio de urgencias y servicios centrales de radiología y laboratorio destinados a completar la actividad asistencial de los servicios que realizan su actividad en este centro.

#### **3.1.3. Dotación estructural del Complejo Hospitalario Universitario de Cartagena**

El CHUC está dotado de las siguientes estructuras distribuidos en los dos hospitales:

- 660 camas
- Equipos radiológicos:
  - 3 TAC
  - 3 RNM
  - 3 Telemandos
  - 7 Arcos multifuncionales
  - 44 Ecógrafos

- 12 Salas convencionales de Radiología
- 1 Tomografía por emisión de fotones (SPECT)
- 1 Tomografía por emisión de positrones (PET)
- 1 Tomografía de coherencia óptica (OCT)
- 1 Mamógrafo
- 4 Angiógrafos
- 1 Gamma-cámara
- 2 Salas de Hemodinámica
- 6 Sistemas de angiografía por sustracción digital
- 2 Aceleradores de partículas
- 4 Planificadores
- 1 Simulador
- 2 Densitómetros óseos
- 22 Equipos de hemodiálisis (18 infecciosos y 4 no infecciosos)
- 22 Incubadoras
- 25 Quirófanos (3 de urgencias)
- 8 Paritorios
- Locales de Consulta 265
- Puestos/ Plazas Hospital de día
  - 38 Onco-hematológico
  - 39 Otros Médicos
  - 43 Quirúrgicos
- Unidad de Cuidados Intensivos: 27 boxes: 3 unidades con 9 boxes.

#### **3.1.4. Recursos socio-sanitarios del Área II del SMS**

El CHUC cuenta con un Servicio de Trabajo Social para facilitar labores socio-sanitarias y un Servicio de Atención al Usuario (SAU) para atender y gestionar reclamaciones, agradecimientos y establecer las relaciones con el voluntariado, representado en el Área de Salud II del SMS por la fundación

FADE y la Asociación Española contra el Cáncer (AECC), realizando ambas visitas regulares a pacientes ingresados en unidades oncológicas.

En el Área de Salud II del SMS existe concierto con tres tipos centros privados para atención de pacientes crónicos:

- Centros para cuidados de media y larga estancia: existen 400-450 camas en el Hospital del Perpetuo Socorro (con 220 plazas), el Hospital de Caridad/Los Pinos (con 150-170 plazas) y el Hospital Los Almendros (55-60 plazas).
- Centro para pacientes crónicos psiquiátricos: Clínica San Felipe, con 8-12 camas dedicadas a esta atención.
- Red de 5-10 centros del IMAS (Fuente Cubas, Hermanitas de los Pobres..) para pacientes sociales que han conseguido el grado de dependencia 3. Existen entre 300-400 plazas para toda la Región de Murcia, no específicas de nuestra Área.

El Área de Calidad de Vida del Ayuntamiento de Cartagena, integra por un lado los Servicios Sociales de Atención Primaria, que comprenden la Información, Valoración y Asesoramiento, Atención en el Medio Familiar y Comunitario, Inserción Social y Promoción y Cooperación Social, y por otro lado los Servicios Sociales Especializados, que incluyen Familia e Infancia, Personas Mayores, Personas con Discapacidad, Inmigrantes, Minorías Étnicas, Personas en situación de emergencia, riesgo o exclusión social y Drogodependencias. Existen dos centros municipales de servicios sociales, 16 unidades de trabajo social, una unidad de apoyo técnico y jurídico, una unidad de atención a personas mayores y discapacitados, una unidad de administración e infraestructura, una unidad de inmigración y cooperación al desarrollo, una unidad de prevención y promoción social y tres espacios de ocio.

El Ayuntamiento de Mazarrón también cuenta con tres Centros de Servicios Sociales y La Unión y Fuente Álamo con uno cada uno.

En cuanto a la presencia de Asociaciones de pacientes y familiares en el Área de Salud II del SMS están registradas asociaciones como ASIDO (asociación de pacientes con Síndrome de Down), AFAL (asociación de Familiares de Alzheimer y otras demencias neurodegenerativas AFAL Cartagena), AELEMIC (Asociación Española de Enfermos de Leucemia Mieloide Crónica), ADA +/- HI (Asociación de ayuda al déficit de atención con más o menos hiperactividad), AFIBROCAR (Asociación de fibromialgia de Cartagena), APANDA (Asociación de padres de niños con déficit auditivo), APENA (Asociación de Pacientes afectados por el amianto), APICES (Asociación para integración de enfermos psíquicos), Asociación TP Cartagena MM (Asociación de ayuda e investigación al trastorno de personalidad en Cartagena, comarca y Mar Menor), Asociación de padres de niños de jarabe de arce y otras metabolopatías (PKU)-(OTM) de la Región de Murcia, Asociación de Parkinson de la Comarca de Cartagena y SODICAR (Sociedad de Diabéticos de Cartagena y comarca) entre otras.

En la ciudad de Cartagena se ubica también delegación de la Fundación ONCE (Organización Nacional de Ciegos) en donde, previa afiliación voluntaria, los pacientes con afecciones oculares severas reciben ayuda y consejos para adaptación a situaciones de baja de visión para poder conseguir dependencia en las labores de su vida cotidiana, aprendizaje de lectura,... En la Región de Murcia también existe la Asociación de Pacientes afectados de Patología Retiniana (RETIMUR) que comenzó en los años 90 como una asociación de pacientes de Retinosis Pigmentaria pero que ha día de hoy ejerce labores de ayuda y voluntariado a pacientes con cualquier tipo de enfermedad oftalmológica.

### 3.1.5. Evolución de la actividad asistencial del Complejo Hospitalario Universitario de Cartagena (2011-2015)

#### 3.1.5.1. Hospitalización

ACTIVIDAD	2011	2012	2013	2014	2015
Ingresos	23.729	24.817	24.916	16.490	16.860
Estancias	162.819	159.378	156.979	106.159	111.030
Éxitus	980	998	927	816	946
Interconsultas	-	-	-	9.462	9.985
Estancia Media(días)	6,6	6,4	6,3	6,4	6,5
Índice de ocupación	75,4%	74,3%	78,1%	82,2%	84,8%

Tabla 8. Actividad de hospitalización en el CHUC (2011-2015)

#### 3.1.5.2. Consultas externas

ACTIVIDAD	2011	2012	2013	2014	2015
Primeras visitas	46.996	53.031	51.954	46.143	47.274
Visitas sucesivas	225.439 *	247.291 *	262.898 *	134.778	135.722

Tabla 9. Actividad de consultas externas en el CHUC (2011-2015). (\*) En el período 2011-2013 no hay división entre las visitas sucesivas realizadas en primaria y especializada

### 3.1.5.3. Hospital de Día

ACTIVIDAD	2011	2012	2013	2014	2015
TRATAMIENTOS	17.916	18.040	15.106	16.510	17.940

Tabla 10. Actividad de hospitalización de día en el CHUC (2011-2015)

### 3.1.5.4. Área Quirúrgica

ACTIVIDAD	2011	2012	2013	2014	2015
IQx programadas	10.460	10.433	12.235	12.070	12.315
Cirugía con ingreso (CCI)	5.082	5.382	5.105	5.147	5.259
CMA	5.378	5.051	7.130	6.923	7.056
Cirugía menor	3.015	4.037	3.566	3.363	3.987
IQx urgentes	3.114	2.682	2.622	2.605	2.501
Índice suspensión	4,34%	5%	5,27%	5,67%	6,07%

Tabla 11. Actividad quirúrgica en el CHUC (2011-2015).

A la vista de los datos reflejados es evidente el incremento de la actividad asistencial en el CHUC con el paso de los años. Esto concuerda con el envejecimiento progresivo de nuestra población y la llegada de población extranjera demandante de atención sanitaria por parte de los profesionales de nuestra área.

### **3.1.6. Planificación estratégica del Complejo Hospitalario Universitario de Cartagena**

La unidad de gestión del CHUC sigue las directrices del Plan de Salud 2010-2015 (5) puesto en marcha por la consejería de Sanidad de la CARM. Para alcanzar los objetivos de éste, a finales del 2011 se puso en marcha un conjunto de actuaciones e iniciativas recogidas en la “Estrategia 2015 del Servicio Murciano de Salud” (9).

Se trata de implementar una planificación estratégica en el Sistema Regional de Salud de la Región de Murcia que dé respuesta a las necesidades en salud de los ciudadanos y pueda garantizar una gestión eficiente y de calidad de los recursos, fijando sus antecedentes y referentes en las siguientes leyes-documentos:

- Ley General de Sanidad, la Ley de Cohesión y Calidad del SNS
- Ley de Derechos y Deberes de los ciudadanos de la Región de Murcia
- Estrategias para el Desarrollo Sostenible de la Sanidad en la Región de Murcia 2005-2010.
- PS2015

El PS2015 se estructura en cuatro grandes áreas de intervención:

- 1.- Los estilos de vida, referidos a los comportamientos de las personas que pueden influir positivamente o negativamente sobre su salud.
- 2.- El entorno, el medio ambiente y en general todos los condicionantes del medio que pueden influir en la salud de las personas y en su bienestar físico y afectivo.
- 3.- La protección colectiva de la salud, desarrollando políticas para reforzar los mecanismos de prevención de las enfermedades.
- 4.- Las enfermedades relevantes que afectan a la población, orientada a identificar actuaciones para restaurar la salud de las personas que padecen una enfermedad combinando actuaciones desde el sistema sanitario y desde la implicación del paciente.

Complementariamente, se han identificado dos abordajes transversales:

1.- Las desigualdades en salud, para actuar sobre poblaciones vulnerables, de manera que se aborden los riesgos para la salud relacionados con la posición en la estructura social (niñez, envejecimiento y personas dependientes).

2.- El fortalecimiento del sistema sanitario para dar respuesta a los desafíos que plantean las necesidades y expectativas de la población y el desarrollo científico.

Son funciones propias de la atención especializada:

- Proporcionar soporte especializado a los equipos de Atención Primaria con los que se integra.
- Atención especializada a pacientes en régimen de internamiento.
- Atención especializada a pacientes en régimen ambulatorio.
- Asistencia a pacientes en régimen de hospitalización a domicilio.
- Asistencia a pacientes con patología urgente.
- Colaborar en la rehabilitación y reinserción social de los pacientes.
- Colaborar en la prevención de las enfermedades y en la promoción de la salud de la población.
- Participar en la formación del personal sanitario y en las líneas de investigación en materia de salud.

### **3.2. Análisis interno de la Unidad de Gestión Clínica de Oftalmología del Complejo Hospitalario Universitario de Cartagena.**

#### **3.2.1. Estructura funcional**

La UGC de Oftalmología del CHUC desarrolla su labor asistencial y quirúrgica en los dos centros hospitalarios de la ciudad de Cartagena, desarrollando la actividad de consultas externas de cupo y de cirugía mayor ambulatoria (CMA) no compleja en el HGUSMR. Las consultas especializadas hospitalarias,

cirugías con ingreso y CMA complejas se realizan en el HGUSL. También se desarrolla en este hospital la actividad de asistencia de urgencias tanto a nivel de consulta como de quirófanos y la hospitalización de pacientes que precisen ingreso para su tratamiento en planta.

### **3.2.1.1. Hospitalización**

La planta de hospitalización se encuentra en la tercera planta del HGUSL en la Unidad 31. Consta de dos pasillos laterales con 16 habitaciones dobles y una individual. Complementan la estructura un control de enfermería con sala de preparación de medicación, sala de relax del personal, sala de informes, sala de lencería y sala de información a familiares. Esta planta está compartida con otros servicios médico-quirúrgicos (Urología, Otorrinolaringología, Angiología y Cirugía Vasculare y Cirugía Oral y Maxilofacial).

### **3.2.1.2. Consultas externas**

#### ***HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA MARÍA DEL ROSELL***

Las consultas externas de cupo se realizan en el HGUSMR. En la planta segunda hay cinco consultas médicas dotadas cada una de ellas de lámpara de hendidura con tonómetro de Goldman, oftalmoscopio indirecto y lentes de exploración para fondo de ojo.

Las consultas de enfermería son dos y constan cada una de ellas de proyector de escalas de agudeza visual, autorrefractómetro. También se dispone de un campímetro.

#### ***HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA***

En el HGUSL se lleva cabo la realización de las consultas que exigen asistencia hospitalaria. Para ello cuenta con cinco consultas médicas dotadas cada una de ellas una de unidad refracción con proyector de escalas de agudeza visual, autorrefractómetro, caja de lentes y montura de prueba, de lámpara de hendidura con tonómetro de Goldman, oftalmoscopio indirecto y

lentes de exploración para fondo de ojo.

En cuanto a aparataje para realización de pruebas complementarias disponemos de un aparato de tomografía de coherencia óptica (OCT), un ecógrafo de ultrasonidos modo A y B, un biómetro de contacto manual, un biómetro ultrasónico (IOL máster), un aparato de microscopía endotelial, un campímetro, un topógrafo y un angiorretinógrafo. En cuanto al aparataje para realización de tratamientos en la consulta disponemos de un aparato de láser argón y otro de láser yag.

### **3.2.1.3. Unidad quirúrgica**

#### ***HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA MARÍA DEL ROSELL***

Se dispone todos los días en horario de mañana del quirófano 1 del HGUSMR. Este quirófano dispone de un microscopio quirúrgico especial para cirugía de Oftalmología, un aparato de facoemulsificación junto con cajas de material disponible para cirugía de catarata y oculoplástica que son los dos tipos de cirugía que se realizan más frecuentemente en este centro. También se dispone de bisturí eléctrico y camillas y sillones específicos para cirugía oftalmológica.

#### ***HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE SANTA LUCÍA***

Se dispone todos los días en horario de mañana del quirófano 8 del HGUSL. Este quirófano dispone de un microscopio quirúrgico especial para cirugía de Oftalmología, un aparato de facoemulsificación, vitreotomo posterior, láser diodo junto con cajas de material disponible para cirugía de catarata, córnea, glaucoma, retina, estrabismo y oculoplástica. También se dispone de bisturí eléctrico y camillas y sillones específicos para cirugía oftalmológica.

### **3.2.2. Recursos humanos de la Unidad de Gestión Clínica de Oftalmología del Complejo Hospitalario Universitario de Cartagena**

#### **3.2.2.1. Personal médico**

La UGC de Oftalmología del CHUC se compone de 12 médicos especialistas en Oftalmología:

- un Jefe de Servicio
- un Jefe de Sección
- diez facultativos especialistas de área (FEA).

Ambos jefes, de servicio y de sección, son personal estatutario fijo. De los FEA cuatro también poseen su plaza en propiedad, cuatro son personal interino y otros dos son personal eventual. Uno de los adjuntos con plaza en propiedad posee una plaza de Oftalmólogo de cupo, desarrollando únicamente actividad asistencial en la consulta externa de ambulatorio (situada en el HGUSMR) junto con los seis adjuntos sin plaza en propiedad que realizan su actividad en ambos centros sanitarios.

Las principales funciones del personal médico son:

**JEFE DE SERVICIO:** es el encargado de controlar la calidad asistencial tanto a nivel médico como quirúrgico tratando de llegar a niveles de excelencia. Ha de comprometerse a alcanzar los resultados pactados con la gerencia del centro de acuerdo a los planes estratégicos regionales.

Habrà de disponer de los facultativos que corresponden según lo pactado con la administración general y encargarse de que cada uno cumpla con su función, así como que cada facultativo disponga del instrumental tanto a nivel de consultas como en el área quirúrgica en debidas condiciones de uso. También de procurar que en el servicio exista un ambiente de formación continuada mediante sesiones de los facultativos de su servicio o de otros profesionales que acudan como invitados para compartir sus conocimientos y experiencias.

Así mismo ha de potenciar y fomentar la actividad investigadora del personal que dispone a su cargo.

Ha de elaborar las debidas planificaciones de trabajo estableciendo días de guardia y vacaciones correspondientes, siendo la labor asistencial equitativa y equilibrada para todos los miembros del servicio.

Seguirá la LGS en cuanto a la exigencia de cumplimiento de consentimientos informados y la Ley Básica Reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica de modos que cada paciente tenga acceso a la información sobre los procedimientos terapéuticos o quirúrgicos a los que va a ser sometido.

La gestión económica, en nuestra UCG, se desempeña por parte del personal de gestión central del CHUC.

**JEFE DE SECCIÓN:** apoyará al jefe de servicio en su cometido de planificación de trabajo, jornadas de guardia y vacaciones. Ha de suplir al jefe de servicio cuando este se encuentre ausente.

**FACULTATIVOS:** han de cumplir con las normas y pautas establecidas por el jefe de servicio desarrollan actividad mixta hospitalaria y ambulatoria.

Actualmente nuestro servicio no esta acreditado para la docencia postgrado en Oftalmología, por lo que no tenemos residentes adscritos a nuestro servicio. Participamos en la docencia postgrado de los Médicos Internos Residentes (MIR) en Medicina Familiar y Comunitaria que realizan su especialización en el Hospital, siendo responsables de la adquisición de los conocimientos oftalmológicos recogidos en los protocolos establecidos dentro del programa de formación de Medicina Familiar y Comunitaria. También participamos en la formación de estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Murcia, Diplomados en Óptica y Optometría, Diplomados Universitarios en Enfermería, Auxiliares de Enfermería entre otros.

La UGC de Oftalmología ha de satisfacer con la máxima calidad las necesidades de atención en la especialidad en el Área II del SMS.

Se ha procurado una organización basada en una política de:

- Trabajo en equipo.
- Responsabilidades individuales.
- Reparto equitativo de tareas.
- Transparencia en la información.
- Líneas de actuación consensuadas.
- Unificación de criterios diagnósticos y de tratamiento.

La planificación del trabajo por parte del personal médico se divide en:

#### 1. Consultas Externas de Zona:

La actividad de consulta externa de zona se desarrolla diariamente en horario de mañana en el HGUSMR donde se pasan 3-4 consultas de Oftalmología general las cuales son el primer contacto con la Atención Primaria. En cada consulta se ven 24 primeras visitas y 12 sucesivas. En este tipo de consultas se realiza una toma de agudeza visual por parte del personal de enfermería (un enfermero por cada dos facultativos) y se dilatan a los pacientes que así lo precisen. Seguidamente los pacientes pasan a la consulta del facultativo donde se les explora en la lámpara de hendidura el polo anterior y posterior del ojo y se les toma la presión intraocular.

Los pacientes que precisan cirugía o atención especializada se derivan a la consulta en el HGUSL, los pacientes que precisan tratamiento y/o seguimiento se citan en posteriores visitas y los pacientes que no requieren seguimiento son dados de alta con su correspondiente informe.

## 2. Consultas Externas Hospitalarias

La actividad de consulta externa hospitalaria se desarrolla en el HGUSL donde diariamente se pasan 3-4 consultas de Oftalmología dividida en secciones. Cada especialista realiza 6 primeras visitas de catarata derivadas de la consulta de la zona o de patología específica de su sección y 15 visitas sucesivas.

Tras la exploración del paciente y la realización de las pruebas complementarias correspondientes (realizadas por el personal de enfermería) se procede al tratamiento del paciente o a la inclusión en la lista de espera quirúrgica.

## 3. Consulta de Urgencias

La consulta de urgencias es llevada por un facultativo y en ella se atienden los pacientes derivados para atención por nuestra parte del área de urgencias del hospital así como las interconsultas solicitadas por otras especialidades. En este tipo de consulta se atiende una media de 30-35 pacientes a diario.

## 4. Quirófano

La actividad quirúrgica se desarrolla en los dos hospitales en horario de mañana. Según el tipo de patología acuden uno o dos cirujanos cada día.

El cómputo de la actividad quirúrgica se lleva a cabo por un sistema de puntos, debiendo conseguir una puntuación de 7 para obtener el máximo rendimiento quirúrgico.

La puntuación por patología se distribuye de la siguiente manera:

<b>PATOLOGIA</b>	<b>PUNTUACIÓN</b>
<b>FACOEMULSIFICACIÓN</b>	1
<b>TRABECULECTOMÍA</b>	1
<b>CIRUGÍA COMBINADA GLAUCOMA Y CATARATA</b>	2
<b>VITRECTOMÍA</b>	2,5
<b>QUERATOPLASTIA</b>	2,5
<b>DACRIOCISTECTOMÍA</b>	0,5
<b>DACRIOCISTORRINOSTOMÍA</b>	1,5
<b>CIRUGÍA DE ESTRABISMO</b>	2,5
<b>CIRUGÍA PALPEBRAL SENCILLA</b>	1
<b>CIRUGÍA PALPEBRAL RECONSTRUCTIVA</b>	2,5
<b>INYECCIÓN INTRAVÍTREA</b>	0,5
<b>INTERVENCIONES DE CIRUGÍA MENOR</b>	0,5
<b>PTERIGIÓN</b>	0,5

Tabla 12. Sistema de puntuación de la jornada quirúrgica de la UGC de Oftalmología.

#### 5. Consulta de láser

Los procedimientos médicos con láser (argón o yag) se realizan en la consulta externa del HGUSL. Esta consulta se pasa cada día por un facultativo diferente y generalmente en horario de tarde. En este tipo de consulta se realizan los procesos de capsulotomía posterior, iridectomía y fotocoagulación retiniana entre otros. Se atienden una media de diez pacientes por sesión.

#### 6. Guardias

Las guardias son del tipo alerta localizada. Se programan en turno rotatorio deslizado por días de semana. El resto de la semana el turno es de 17 horas. Cuando hay una extracción de córneas para trasplante existe un listado diferente al de oftalmólogos de guardia para realizarlo. Actualmente hacemos guardias 9 de los 12 miembros del Servicio.

El UGC de Oftalmología tiene establecidos protocolos, documentos, circuitos definidos e instrucciones para la mayor parte de sus actividades.

Destacamos:

- Documento del alta informatizada con los datos propios del Conjunto Mínimo Básico (CMBD).
- Consentimiento informado para todos los procedimientos médicos y quirúrgicos
- Protocolo de tratamiento en hospital de día médico
- Protocolos de tratamiento de las patologías más frecuentes
- Protocolos de tratamientos postquirúrgicos
- Informe de alta de Consulta externa.
- Informe de alta tras cirugía ambulatoria.
- Informe de alta voluntaria.
- Hojas informativas e instrucciones para el paciente:
  - Angiografía retiniana con contraste de fluoresceína.
  - Toma de muestras (cultivos, exudado conjuntival)
  - Preparación y profilaxis antibiótica preoperatoria
- Protocolos de enfermería para:
  - Registro de preoperatorio, postoperatorio y curso.
  - Acogida al ingreso, higiene y preparación.
- Circuito de inclusión en LEQ (A. local y A. general) con la hoja de propuesta quirúrgica para su mecanización, pruebas preanestésicas y citación en consulta de anestesia.

Hemos colaborado y continuamos haciéndolo en los distintas Comisiones y Comités Clínicos del hospital (Trasplantes, Tumores de cabeza y cuello,

Quirófano, Docencia e Investigación, Infecciones y política antibiótica, Historias clínicas...)

### 3.2.2.2. Personal de enfermería

El personal de enfermería (diplomadas universitarias de enfermería o enfermeras y auxiliares de enfermería) se distribuye de la siguiente manera:

<b>HGUSL</b>	<b>CONSULTAS EXTERNAS</b>	3 ENFERMERAS TITULARES
		3 AUXILIARES DE ENFERMERÍA
	<b>QUIRÓFANO</b>	2 ENFERMERAS TITULARES
		1 AUXILIAR DE ENFERMERÍA
<b>HGUSMR</b>	<b>CONSULTAS EXTERNAS</b>	2 ENFERMEROS TITULARES
		3 AUXILIARES DE ENFERMERÍA
	<b>QUIRÓFANO</b>	1 ENFERMERA TITULAR
		1 ENFERMERA DE EQUIPO VOLANTE
		1 AUXILIAR DE ENFERMERÍA

Tabla 13. Distribución del personal de enfermería en los dos centros sanitarios de la UGC de Oftalmología.

El personal de enfermería de las consulta externas de ambos centros se encarga de la toma de agudeza visual y de la refracción de los pacientes que acuden como primera consulta a nuestra unidad. Otra de sus funciones es la realización de las pruebas complementarias necesarias tanto para diagnóstico, seguimiento o evaluación preoperatoria de los pacientes.

El personal auxiliar de enfermería de las consulta externas de ambos centros se encarga de la recepción, la administración de colirios para dilatación pupilar, la citación posterior de los pacientes y la entrega de documentación necesaria según el proceso por el que acuda el paciente a la consulta (hoja de procedimientos, consentimiento informado,...)

### **3.2.2.3. Personal administrativo:**

El servicio cuenta con dos auxiliares administrativos encargadas una de ellas de la planificación de la labor asistencial de los facultativos, solicitud de permisos y vacaciones, tramitación de documentación asistencial y labores administrativas y la otra encargada de la planificación y programación quirúrgica de los pacientes.

### **3.2.3. Cartera de Servicios**

La UGC de Oftalmología del CHUC comprende las siguientes unidades:

- Unidad de Oftalmología general y urgencias
- Unidad de Córnea, Polo anterior y superficie ocular
- Unidad de Glaucoma
- Unidad de Neurooftalmología
- Unidad de Motilidad Ocular
- Unidad de Oftalmología Pediátrica
- Unidad de Retina Médica
- Unidad de Retina quirúrgica
- Unidad de Oculoplástica, Órbita y vías lagrimales

CÓDIGO.DESCRIPCIÓN TITULO	PROCESO
13.1 Extracción intracapsular cristalino (+) 13.3 Extracción extracapsular cristalino por aspiración 13.5 Extracción extracapsular cristalino otra (+) 13.6 Extracción catarata otra (+) 13.7 Inserción cristalino protésico (+) 13.70 Inserción cristalino protesico, neom 13.69 Extracción catarata, otra 13.72 Inserción cristalino protésico secundaria 13.11 Extracción intracapsular cristalino vía temporal inferior 13.19 Extracción intracapsular cristalino, otra 13.65 Escisión catarata membrana secundaria 13.71 Inserción cristalino protésico en operación catarata 13.4 Extracción extracapsular cristalino fragmento aspiracion 13.41 Facoemulsificación y aspiración catarata 13.64 Discisión catarata membrana secundaria 13.2 Extracción extracapsular cristalino por extracción lineal 13.42 Fragmentación mecánica y aspiración catarata vía posterior 13.59 Extracción extracapsular cristalino, otra 13.51 Extracción extracapsular cristalino vía temporal inferior 13.43 Fragmentación mecánica y aspiración catarata otra 13.66 Fragmentación mecánica membrana secundaria	CATARATA
15.12 Avance músculo extraocular único 15.13 Resección músculo extraocular único 15.21 Alargamiento músculo extraocular único 15.1 Operación músculo extraocular único con desprendimiento* 15.22 Acortamiento músculo extraocular único 15.4 operación músculo extraocular dos o mas otra 15.5 Transposición músculo extraocular 15.19 Operación músculo extraocular único con desprendimiento, otra 15.11 Recesión músculo extraocular único 15.3 Operación músculo extraocular dos o mas y desprendimiento 16.91 Inyección sustancia terapéutica retrobulbar	CIRUGÍA DEL ESTRABISMO
08.24 Escisión parpado importante local espesor total 08.20 *Escisión parpado local neom 08.21 *Escisión chalazión 08.22 *Escisión parpado local otra 08.23 Escisión parpado local importante espesor parcial 08.25 *Escisión parpado importante local espesor total	CIRUGÍA PALPEBRAL
09.8 Fistulización tracto naso lagrimal (+) 09.6 Escisión de saco y conducto lacrimal 09.82 Conjuntivocistorrinostomia 09.83 Conjuntivorrinostomía con tubo o stent 09.81 Dacriocistorrinostomía [dcr]	CIRUGÍA AP. LAGRIMAL
12.64 Trabeculectomía externa Trabeculectomía externa	CIRUGÍA DE GLAUCOMA
14.49 Otra indentación escleral con vitrectomía 14.73 Vitrectomía mecánica por acceso anterior 14.74 Otra vitrectomía mecánica	CIRUGÍA DE RETINA

Tabla 14. Códigos de CIE-9 más frecuentes de la UGC de Oftalmología

La actividad de la UGC de Oftalmología se hace utilizando el análisis mediante el estudio de la casuística atendida (case-mix) por medio de los GRDs, lo que conlleva una estimación de la tipología y complejidad de los pacientes tratados.

La principal fortaleza del uso de los GRDs en la gestión es que mejoran el conocimiento de la eficiencia, funcionamiento y resultados de los episodios de hospitalización ya que describen esta actividad en términos de pacientes tratados y a partir de ellos podemos extraer indicadores e índices de funcionamiento, eficiencia, complejidad, consumo de recursos y costes. Su principal función es la de ser soporte para la evaluación y toma de decisiones, su objetivo principal en la gestión clínica es mejorar la gestión clínica.

Con sistemas de agrupación de pacientes como los GRD se pueden establecer comparaciones objetivas con un estándar, otros servicios u hospitales similares o con periodos anteriores de la propia UGC, permitiendo posicionar al mismo en el entorno, identificar fortalezas y debilidades, facilitando la elaboración de planes de mejora. Son útiles por tanto para identificar áreas de mejora, fijar objetivos asistenciales, simular y evaluar alternativas de actuación y monitorizar los progresos conseguidos.

Para el análisis de nuestra UGC se han usado los datos proporcionados por el Servicio de Financiación y Planificación Sanitaria disponibles para su consulta en [www.murciasalud.es](http://www.murciasalud.es).

Los GRDs más frecuentes en el año 2014 fueron los siguientes:

		De 01/2014 a 12/2014										
GRD	Tipo GRD	Altas	Amb. (%)	Est. 0 (%)	Est.	Est. Media	Éxitus. Casos	Altas Inliers	E.M. Inliers	E.M. Norma Inliers	Est. Evit. Inliers	
039 - PROCEDIMIENTOS SOBRE CRISTALINO CON O SIN VITRECTOMIA	Q	1.036	100,00	0,00	834		0					
042 - PROCEDIMIENTOS INTRAOCULARES EXCEPTO RETINA, IRIS & CR	Q	734	99,46	0,00	321	2,75	0	4	2,75	2,23	2	
040 - PROCEDIMIENTOS EXTRAOCULARES EXCEPTO ORBITA EDAD>17	Q	172	93,60	0,58	123	1,91	0	10	1,50	1,64	-1	
036 - PROCEDIMIENTOS SOBRE RETINA	Q	90	98,89	0,00	3	1,00	0	1	1,00	2,18	-1	
041 - PROCEDIMIENTOS EXTRAOCULARES EXCEPTO ORBITA EDAD<18	Q	51	70,59	0,00	19	1,20	0	15	1,20	1,49	-4	
047 - OTROS TRASTORNOS DEL OJO EDAD>17 SIN CC	M	35	94,29	0,00	28	5,00	0	2	5,00	3,33	3	
037 - PROCEDIMIENTOS SOBRE ORBITA	Q	10	40,00	0,00	10	1,67	0	6	1,67	3,28	-10	
<b>SUBTOTAL</b>		<b>2.128</b>	<b>98,08</b>	<b>0,05</b>	<b>1.338</b>	<b>2,27</b>	<b>0</b>	<b>38</b>	<b>1,69</b>	<b>2,03</b>	<b>-11</b>	

### 3.2.4. Análisis de la actividad de la Unidad de Gestión Clínica de Oftalmología en los últimos 5 años

#### 3.2.4.1. Hospitalización

ACTIVIDAD	2011	2012	2013	2014	2015
Camas instaladas	3	2	2	2	2
Camas funcionantes	3,04	1,94	1,44	1,60	1,70
Nº Ingresos	112	53	53	46	15
Días de estancia	261	117	101	99	33
Nº Altas	114	53	53	46	15
Exitus	0	0	0	0	0
Estancia media (días)	2,33	2,21	1,91	2,15	2,20
Índice de ocupación	23,50	16,46	19,18	16,91	5,38

Tabla 15. Actividad de Hospitalización de la UCG Oftalmología (2011-2015)

#### 3.2.4.2. Consultas externas

ACTIVIDAD	2011	2012	2013	2014	2015
Primeras	18.058	13.000	15.181	14.282	13.698
Sucesivas	21.451	22.478	24.582	26.241	27.886
Total	39.509	35.478	39.763	40.525	41.584

Tabla 16. Actividad de consultas de la UCG Oftalmología (2011-2015)

#### 3.2.4.3. Procedimientos realizados en consulta externa

ACTIVIDAD	2011	2012	2013	2014	2015
ANGIOGRAFÍA	793	544	638	637	679
TOMOGRAFIA COHERENCIA ÓPTICA	1.964	2.243	2.569	3.271	3.953
LASERTERAPIA	2.251	2.438	2.824	3.014	2.718

Tabla 17. Procedimientos realizados en consulta de la UCG Oftalmología (2011-2015)

### 3.2.4.4. Tratamientos en Hospital de día

ACTIVIDAD	2011	2012	2013	2014	2015
TRATAMIENTOS	80	75	76	64	58

Tabla 18. Tratamientos en Hospital de Día de la UCG Oftalmología (2011-2015)

### 3.2.4.5. Actividad quirúrgica

ACTIVIDAD	2011	2012	2013	2014	2015
CIRUGIA CON INGRESO	75	34	28	29	22
CMA	1.412	1.299	1.730	2.150	2.337
C. Menor	328	326	215	165	669
CIRUGÍA URGENTE	32	28	23	29	22
INDICE DE SUSPENSION	2,14%	3,41%	3,83%	4,6%	6,09%
PORCENTAJE DE OCUPACION	64,89%	76,89%	75,23%	75,75%	72,44%
QX CONCERTADO	1.212	1.023	391	781	1.103

Tabla 19. Actividad Quirúrgica de la UCG Oftalmología (2011-2015)

### 3.2.4.6. Pruebas solicitadas

PRUEBAS	2011	2012	2013	2014	2015
TC	25	24	26	21	25
RMN	21	20	24	17	43
ECO	23	26	22	17	40

Tabla 20. Pruebas solicitadas de la UCG Oftalmología (2011-2015)

### 3.2.5. Análisis de la lista de espera quirúrgica.

La lista de espera quirúrgica (LEQ) es uno de los problemas de gestión a los que se enfrentan los hospitales sobre todo cuando las esperas son largas, convirtiéndose en un elemento de desprestigio del SNS. La definición de LEQ es el conjunto de pacientes que una vez diagnosticados han de ser operados. El problema que plantean es cuando, a pesar de que la programación de la actividad quirúrgica esté acorde con los recursos existentes y la productividad sea la correcta, la demanda de asistencia supera a la oferta del servicio.

Por esto lo importante no es tener LEQ o no, sino gestionarla adecuadamente. Esta gestión es una faceta relevante en la organización de cualquier servicio y para ser eficientes en este sentido se ha de establecer una disciplina que tenga en cuenta la gravedad o urgencia de los procesos, los factores sociales de los pacientes y la capacidad de respuesta que posee el servicio con los recursos disponibles.

El análisis de la LEQ puede resultar complejo ya que intervienen múltiples factores. La primera valoración se hace teniendo en cuenta los dos elementos que hacen formar la lista, por un lado las entradas (más o menos estables) y por otro las salidas mucho más variables. Estas salidas se producen principalmente por los pacientes que se operan y ha sufrido oscilaciones interanuales debido a la mayor o menor disponibilidad de quirófanos. Los otros motivos de salidas son muy variados: rechazo de intervención o no presentación del paciente, mejoría clínica, inclusión en plan de choque, operados de forma privada, etc.

PACIENTES LEQ	2011	2012	2013	2014	2015
TOTALES	1.042	1.056	1.121	1.232	1.159
ESTRUCTURAL >150DÍAS	178	165	198	223	205

### 3.2.6. Previsión de la demanda

En la elaboración del proyecto técnico de gestión para los próximos años es imprescindible hacer un cálculo lo más exacto posible de la demanda asistencial futura. Partiendo de los datos de actividad previa (ya analizados en

el capítulo anterior) se hace una estimación de la demanda que generarán los pacientes del Área II.

Lo primero a tener en cuenta es la población a la que daremos asistencia a partir de ahora. Oficialmente y con cifras del censo 2015, la distribución de la población sería de 266.289 TIS de pacientes pertenecientes al Área II.

Se tendrá también en cuenta la previsión del incremento demográfico.

Haremos el análisis de la demanda en las distintas áreas de actuación de la UGC de Oftalmología.

### 1. Previsión de ingresos

Conociendo la población a asistir podemos predecir la demanda en base a los ingresos habidos en los cinco años anteriores y su tendencia

	2011	2012	2013	2014	2015
Ingresos Totales	112	53	53	46	15

La media de los cinco últimos años resulta un total de 55 ingresos/ año.

Como se aprecia en esta tabla el índice de ingresos se ha ido reduciendo progresivamente y especialmente en el año 2015 se produce un descenso importante en el número de hospitalizaciones. Este hecho es debido a la introducción por parte de la sección de Oculoplástica, en colaboración con la UGC de Anestesiología y Reanimación, de tratamientos de sedación específicos para las intervenciones de vía lagrimal y de la patología tumoral palpebral. Anteriormente este tipo de cirugías se realizaba como CCI con ingreso de al menos 2 días en planta. Con la sedación controlada por el anestesista se consigue una rápida recuperación postquirúrgica de modo que este tipo de intervenciones han pasado a realizarse como CMA sin necesidad de ingreso de los pacientes en la planta tras la cirugía.

De este análisis se pueden extraer las siguientes conclusiones:

- Tendencia a la disminución global de ingresos.
- Los ingresos de tipo quirúrgico disminuyen, por el incremento del número de intervenciones realizadas como CMA.
- Los ingresos serán de patología grave y complicada de urgencia secundaria a traumatismos oculares que son aproximadamente unos 15 al año.
- De este modo la previsión de ingresos tras el control que hemos realizado en el año 2015 se mantendrá en alrededor de 15 al año.

## **2. Previsión quirúrgica**

### **Intervenciones con anestesia general.**

Para el cálculo de la demanda en las intervenciones quirúrgicas se parte de las realizadas en el año 2015. En el año 2015 se realizaron 22. Parte de estas intervenciones planteadas como CCI son intervenciones realizadas con anestesia general e ingreso corto en unidad de Reanimación sin necesidad de generar ingreso en planta de hospitalización.

Como ya he explicado en el apartado anterior la tendencia es a la disminución o estabilización de los procedimientos realizados con anestesia general.

### **Previsión de quirófanos.**

Para el cálculo de esta previsión tenemos que suponer que vamos a ser capaces de intervenir todos los pacientes del Área II con patología oftalmológica. Para ello tenemos que sumar los pacientes intervenidos como CMA más los intervenidos como CCI más los derivados a centros concertados más los pacientes en LEQ (incluyendo aquí los pacientes con LEQ mayor de 150 días).

$$2.337+22+1.103+1.159= 4.621 \text{ pacientes}$$

Supongamos que vamos a intervenir una media de 7 pacientes por sesión:

$$4.621/ 7= 660 \text{ días quirúrgicos}$$

Para el cálculo de la asignación semanal de quirófanos utilizamos el siguiente método: el año tiene 52 semanas, de ellas 8 corresponden al periodo vacacional de verano, 2 a Navidades y Semana Santa. De este modo hay 42 semanas disponible de quirófano al año ( $52-10=42$ ). Contando con que el verano es una actividad reducida sumemos en total unas 46 semanas hábiles.

En el momento actual disponemos de 10 quirófanos semanales. Con ellos cubriríamos 460 días quirúrgicos anuales ( $46 \times 10 = 460$ ).

Con este cálculo vemos que si necesitamos cubrir nuestra demanda quirúrgica necesitaríamos 200 sesiones quirúrgicas más al año ( $660-460=200$ ). Si aumentamos en 3 el número de sesiones quirúrgicas a la semana (13 quirófanos semanales) esta demanda estaría cubierta.

En resumen, para atender la demanda quirúrgica de nuestra zona incluyendo los procesos que se han derivado a centros concertados y los pacientes que han quedado en lista de espera necesitamos pasar de 10 a 13 quirófanos semanales.

### **Intervenciones de cirugía menor**

El número de intervenciones realizadas con anestesia local ha ido ascendiendo en los últimos 5 años. El cálculo de la demanda en intervenciones con anestesia local se hace con el mismo método que el empleado en el apartado de intervenciones con anestesia general. En el 2015 se realizaron 669 intervenciones.

El notable ascenso de este tipo de procedimientos es debido a la inclusión de procedimientos pequeños que en un principio se habían planteado como CMA que se reconvirtieron a cirugía menor para poder realizar más intervenciones sin necesidad de anestesista, ya que en el año 2015 hubo una disminución importante de personal en este servicio.

No hay previsión de un aumento mayor de este tipo de procedimientos y lo esperable es que se mantenga estable y realizar este tipo de intervenciones fuera de quirófano.

### Previsión de quirófanos.

Utilizando también la misma sistemática, se divide el número de intervenciones estimadas por el número de operaciones/día quirúrgico.

$$700 / 10 = 70 \text{ sesiones quirúrgicas a. local.}$$

Con una media de 2 sesiones de cirugía menor podríamos satisfacer las necesidades de estos procesos

### **3. Previsión de consultas externas**

Para el cálculo inicial de la demanda en consultas externas se parte de la actividad realizada en el año 2015.

Primeras 13.698

Sucesivas 27.886

---

**Totales 41.484**

Cada año se incrementa el número de consultas realizadas totales en unas 1000, sobre todo a expensas de realizar más segundas visitas. Esto es debido a que cada vez tendemos más a recitar a pacientes nosotros que a esperar a que se deriven por parte del médico de atención primaria. Por ejemplo, un paciente diabético ya se irá con su informe de alta de consultas externas y además una revisión anual si es preciso.

El año 2015 acabó con 2.166 pacientes en espera de ser valorados (en consulta por lo que el numero real seria de  $41.484 + 2.166 = 43.650$  .

El promedio de pacientes que se ven en una consulta de zona son 35 pacientes, de modo que se necesitarían 60 consultas para poder hacer frente a esos pacientes de lista de espera que quedan del año pasado. Esto implicaría pasar una consulta más al día con lo que en 3 meses esta demanda quedaría

satisfecha.

Hay que tener en cuenta que la población de la zona litoral y de la Manga del Mar Menor se triplica durante las épocas estivales debido al turismo. La frecuentación a urgencias de nuestra unidad por turistas es elevada ya que la patología ocular es común en el verano. En nuestra unidad duplicamos a dos facultativos de urgencias para poder dar asistencia para este tipo de demanda. De todos modos hay que tener en cuenta que la patología ocular que presentan estos pacientes es leve y no suele requerir más que una consulta de urgencia.

### 3.2.7. Matriz DAFO

<b>DEBILIDADES</b>	<b>AMENAZAS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Desmotivación en general del personal del servicio</li> <li>✓ Aumento constante de la presión asistencial tanto a nivel de urgencias como de listas de espera quirúrgica</li> <li>✓ Presión asistencial por parte de los pacientes que cada vez son más exigentes y demandantes.</li> <li>✓ Falta de objetivos comunes en el personal del servicio</li> <li>✓ Escasa mentalidad de cambio</li> <li>✓ Deficiencias en inversiones y equipos necesarias para el servicio</li> <li>✓ Escasez de ayudas a la innovación</li> <li>✓ Congelación de los salarios de trabajadores en el contexto de crisis económica vivido en los últimos años.</li> <li>✓ Mayor exigencia de las técnicas quirúrgicas</li> <li>✓ Plantilla escasa frente a nuevas necesidades</li> <li>✓ Déficit estructural de espacios físicos</li> <li>✓ Excesiva carga burocrática</li> <li>✓ Escasez de tiempo para la docencia o la investigación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Incremento de ofertas de conciertos con hospitales privados que pueden hacer que nuestros pacientes acudan a este tipo de centros en lugar del nuestro</li> <li>✓ Aumento continuo de las derivaciones de primaria a Oftalmología</li> <li>✓ Envejecimiento poblacional con mayor número de patologías y cada vez más complejas.</li> <li>✓ Ajustes presupuestarios</li> <li>✓ Incumplimiento de los objetivos previstos para nuestro servicio</li> <li>✓ Cuanto mayor sea el número de procedimientos realizados mayor será el gasto.</li> <li>✓ Incremento poblacional por elevada inmigración en nuestra zona</li> </ul>
<b>FORTALEZAS</b>	<b>OPORTUNIDADES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Servicio formado por profesionales cualificados y formados</li> <li>✓ Incremento de la motivación por mejorar la calidad asistencial</li> <li>✓ Mejoría en aumento del rendimiento y de la eficacia de los procesos realizados en el servicio</li> <li>✓ Extensa población a tratar con una enorme variedad de patologías en las que poder perfeccionar el manejo terapéutico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Cobertura total de la cartera de servicios de la especialidad sin necesidad de hacer derivaciones a otros centros</li> <li>✓ Llegar a acuerdos con la dirección, por ejemplo, trabajar más a cambio de conseguir material para la unidad.</li> <li>✓ Papel del "paciente activo", que quiere conocer y tratar mejor el autocuidado de su enfermedad</li> <li>✓ Colaborar con otras especialidades y hacer equipos multidisciplinares para el abordaje de algunas patologías (retinopatía diabética, patología tiroidea, parálisis facial, patología orbitaria)</li> <li>✓ Posibilidades de mejorar las relaciones con la Atención Primaria</li> <li>✓ Capacidad del servicio para organizar congresos y actividades con sociedades regionales y nacionales</li> </ul>

Figura 3: Matriz DAFO de la UCG de Oftalmología del CHUC

## MATRIZ CAME

<b>C</b>	<b>APROVECHAR LAS OPORTUNIDADES PARA CORREGIR LAS DEBILIDADES</b> <b>ESTRATEGIAS DE REORIENTACIÓN</b> <i>Reforzar las funciones de nuestro personal para mejorar la situación interna y el clima laboral</i>
<b>A</b>	<b>AFRONTAR LAS AMENAZAS NO DEJANDO CRECER LAS DEBILIDADES</b> <b>ESTRATEGIAS DE SUPERVIVENCIA</b> <i>Evitar la derivación de nuestros pacientes a centros concertados</i>
<b>M</b>	<b>MANTENER LAS FORTALEZAS AFRONTANDO LAS AMENAZAS DEL MERCADO</b> <b>ESTRATEGIAS DEFENSIVAS</b> <i>El envejecimiento poblacional hace que tengamos patología para tratar</i>
<b>E</b>	<b>EXPLOTAR LAS FORTALEZAS APROVECHANDO LAS OPORTUNIDADES DEL MERCADO</b> <b>ESTRATEGIAS DE ATAQUE POSICIONAMIENTO</b> <i>Establecer relaciones con otros servicios y con Atención Primaria</i>

#### 4. Plan de actuación de la Unidad de Gestión Clínica de Oftalmología del Complejo Hospitalario Universitario de Cartagena

##### 4.1. Concepto y competencias de la especialidad de Oftalmología

La Oftalmología es la especialidad médico-quirúrgica que se relaciona con el diagnóstico y tratamiento de los defectos y de las enfermedades del aparato de la visión. El fundamento de esta especialidad, de larga tradición en nuestro sistema sanitario radica en la especificidad anatómica y funcional del aparato visual.

Las competencias del médico especialista en Oftalmología, pueden agruparse en áreas y campos caracterizados por distintos niveles de competencia y de

responsabilidad, tal y como lo establece el RD 127/84 de la Especialidad de Oftalmología (10):

- Competencias propias del especialista en Oftalmología: abarcan todos aquellos conocimientos habilidades, actitudes y actividades técnicas necesarios para el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de las enfermedades del aparato de la visión incluida la exploración y corrección óptica y quirúrgica de los defectos de la refracción ocular.

A este respecto son áreas de conocimiento y de actividad propias de las Oftalmología:

- . Unidad de Segmento Anterior: Córnea, Cristalino, Úvea anterior. Cirugía refractiva.
- . Glaucoma.
- . Segmento posterior: Retina médica. Retina quirúrgica.
- . Anejos oculares: Neurooftalmología-Estrabismo. Órbita. Sistema lagrimal. Oculoplástica.
- Competencias de los especialistas en Oftalmología que requieren conocimientos de disciplinas básicas: el conocimiento de dichas disciplinas básicas resulta necesario para la comprensión de las enfermedades oculares o para la correcta aplicación de procedimientos de diagnóstico y tratamiento, y en las que la peculiaridad del aparato visual les otorga un evidente grado de especialización.

En esta situación se incluyen las siguientes áreas:

- . Fisiología-neurofisiología ocular.
- . Anatomía patológica ocular.
- . Inmunología-microbiología ocular.
- . Farmacología ocular.
- . Oncología ocular.
- . Óptica fisiológica.

- Competencias de los especialistas en Oftalmología relacionadas con aspectos sociales de la medicina: son competencias vinculadas a la prevención, promoción, y educación para la salud.

Dentro de ellas se incluyen:

- . Epidemiología oftalmológica.
- . Oftalmología preventiva.
- . Prevención de la ceguera y la ambliopía.

#### **4.2. Misión, Visión y Valores**

La **misión** de la UGC de Oftalmología del CHUC es la de velar por la salud visual y ocular de todas las personas del Área II del SMS de forma integral con la mayor tecnología, medios y conocimientos de los que podamos disponer a nuestro alcance independientemente de la condición económica o social de nuestros pacientes.

La **visión** es la de pretender ser un servicio líder en innovación, investigación y formación continuada potenciando el desarrollo profesional e impulsando la generación y difusión de nuestro conocimiento.

Los **valores** en los que se fundamenta nuestra UGC son principalmente el respetar y promover la autonomía del paciente y de su familia en la toma de decisiones y el aplicar las estrategias terapéuticas de máxima calidad mediante la gestión del conocimiento, la docencia y la investigación.

#### **4.3. Líneas estratégicas**

Para implantar y consolidar la UGC Oftalmología (microgestión) se precisan definir las líneas estratégicas que han de estar integradas y coordinadas con la Política sanitaria de la Consejería de Salud del Gobierno de la Región de la Murcia (macrogestión), que quedarán reflejadas en el futuro Plan de Salud 2017-

2020 para garantizar la equidad de la asistencia sanitaria, y con la gestión sanitaria del Área II de Salud del SMS (mesogestión).

Cualquier introducción de nuevas consultas, técnicas diagnósticas o tratamientos debe aprobarse por la Dirección/Gerencia del Área II de Salud del SMS y por la Dirección General de Asistencia Sanitaria del SMS.

Como UGC se precisa coordinar y motivar a los oftalmólogos en la consecución de los objetivos pactados en los Acuerdos de Gestión con la Dirección/Gerencia del Área II del SMS. De este modo se suponen las principales áreas de actuación de las que emanan las líneas estratégicas de la UGC:

- Desarrollo de un nuevo modelo organizativo
- Orientación hacia el paciente
- Planes de eficacia y calidad

#### **4.3.1. Desarrollo de un nuevo modelo organizativo**

De acuerdo con lo establecido en el PS2015 de la Consejería de Sanidad de la CARM se implicará a los profesionales en la participación y en la gestión del servicio mediante las siguientes acciones:

- Promover en la ciudadanía una **mejoría de su salud ocular y prevención de las afectaciones oftalmológicas**
- **Disminuir las desigualdades en salud**, causantes en gran parte de algunos resultados desfavorables evidenciados en el análisis de situación.
- **Potenciar la Atención Primaria** en el manejo de la patología ocular leve.
- **Mejorar la práctica clínica** en nuestra UGC, promoviendo la reducción de la variabilidad, la continuidad de cuidados y la seguridad clínica sobre todo mediante el uso de guías clínicas y medicina basada en la evidencia.
- **Fortalecimiento de la gestión entre los profesionales** de nuestra UGC para mejorar la respuesta a las expectativas de la sociedad.

- Reforzar los **abordajes transversales** de las patologías crónicas (retinopatía diabética, DMAE, glaucoma, síndrome de ojo seco) mediante el desarrollo y evaluación de vías clínicas integrales entre niveles asistenciales.
- **Establecer secciones** para mejorar el abordaje de las distintas patologías oculares.

La UGC de Oftalmología no puede estar ajeno a las metas propuestas dentro del Plan estratégico del CHUC y de la consejería de Sanidad de la CARM, teniendo que adaptarlas con las peculiaridades propias de la unidad.

De este modo se llevarán a cabo las siguientes acciones:

### 1.- Cambios Organizativos

Es necesario dotar de una mayor autonomía y un mayor poder de autogestión a los oftalmólogos de la UCG. Este cambio permitirá que los profesionales aporten ideas y participen activamente y con ilusión en la gestión de nuestra unidad.

Esto supondría cambios organizativos tales como:

- **Implicación y participación de los profesionales en la gestión** de nuestra unidad realizando sesiones semanales dedicadas a la organización interna
- **Desarrollo profesional** en cursos de dirección y gestión y en sesiones conjuntas con la gerencia de nuestro centro
- **Cambio de la estructura organizativa** de la UGC potenciando la figura del coordinador y potenciando las distintas unidades o secciones y su autogestión.

### 2.- Posicionamiento competitivo

La UGC de Oftalmología ha de posicionarse competitivamente entre los demás centros asistenciales a los que podrían dirigirse los pacientes. Por tanto las medias estratégicas para conseguir este fin serían:

- Oferta de servicios y programas asistenciales.

- Oferta Tecnológica.
- Comunicación y relación con la población.
- Docencia e investigación.
- Relación con otros proveedores de salud.

### 3.- Mejora de la eficiencia

La UGC de Oftalmología tiene que ser capaz de aprovechar los recursos disponibles de que dispone, para proporcionar la mejor asistencia que requiera la población atendida.

Para ello se desarrollarán las siguientes medidas estratégicas:

- **Gestión de recursos humanos y materiales**, intentado que la contratación de los profesionales que se vayan incorporando a nuestra UGC se correspondan con el perfil que se necesite en ese momento.
- **Sistemas de información y nuevas tecnologías** de la información como el aviso de cita vía SMS o la inclusión de la telemedicina en las derivaciones desde atención primaria.

#### **4.3.2. Orientación hacia el paciente**

La UGC de Oftalmología, al igual que el PS2015 y la líneas de actuación europeas ha de fundamentar su actuaciones hacia una atención centrada en el paciente donde este sea el eje del sistema. Para ello se establecerán las siguientes acciones estratégicas:

##### 1.- Actuaciones continuas sobre la lista de espera

- Creación de un responsable dentro de la UGC, quién evalúe los criterios, tanto recomendados como obligatorios, de la inclusión en lista de espera quirúrgica, grados de cumplimentación, adecuación a las guías en la práctica clínica y de acuerdo con la Dirección Médica, pueda derivar a pacientes que tengan que ser intervenidos en Centros Concertados, una vez se halla superado la capacidad máxima de la unidad. Si bien la

oferta que planteamos en esta UGC, es que tenga tendencia a la autogestión de estos procesos.

## 2.- Potenciar los sistemas de información, como dimensión de la Calidad Asistencial

- Poner en marcha las **vías clínicas**, como herramienta de información al paciente y al propio personal sanitario.
- Protocolización de procesos.
- Continuar con los horarios de información al paciente o acompañante, mediante la reposición de carteles informativos.
- Unificar los informes de alta , basados en criterios de calidad.

## 3.- Participar en el diseño de un nuevo modelo de contrato de Gestión

- Utilizando la estructura de la Comisión de Seguimiento de Objetivos.
- Potenciar la implicación de los profesionales en la gestión del Hospital.
- Alentar a los miembros de la unidad a la participación en las Comisiones Clínicas del Hospital y en la Comisión de Calidad.

## 4.- Creación de unidades u órganos participativos en la gestión de la UGC

## 5.- Estimamos necesario la creación de la figura de “coordinador” de la UGC

El coordinador será la persona encargada de organizar la asistencia en las áreas que más afectan a la unidad como son:

- Coordinación en el área Quirúrgica.
- Coordinación de Consultas de Cupo
- Coordinación de Consultas Hospitalarias
- Coordinación de Urgencias
- Coordinación de la Docencia, Investigación y Formación Continuada

6.- Renovación y adecuación de los recursos tanto humanos como materiales.

### **4.3.3. Planes de eficacia y calidad**

#### 1.- Políticas de gestión de la calidad

- Incorporando en nuestra unidad los **criterios de excelencia a la gestión** y funcionamiento según la perspectiva de EFQM.
- Desarrollando **modelos de actuación integrados** en nuestra unidad.
- Reforzando la **seguridad clínica** de nuestra unidad como es el caso del check-list quirúrgico y los protocolos de profilaxis previos a todos nuestros procesos quirúrgicos.
- Potenciando la **gestión clínica** como instrumento de participación, implicación y motivación de los profesionales.
- Logrando un **desarrollo integrado de las tecnologías de la información y comunicación**.
- Profundizando en la **política de planificación, ordenación y renovación** de nuestras infraestructuras.

#### 2.- Política de variabilidad, seguridad clínica y continuidad asistencial

- Fomentando la gestión de las enfermedades mediante **procesos de atención integral**.
- Incrementando la **capacidad resolutive de atención primaria** realizando protocolos y sesiones conjuntas con los profesionales de los centros de salud del Área II.

#### 3.- Políticas de uso racional del medicamento

- Promoviendo **el uso adecuado de los medicamentos**.
- Promoviendo el **autocuidado** y el compromiso de los ciudadanos.

#### 4.- Política de investigación y formación

- Orientando las **inversiones en formación e investigación**

- Reforzando los **sistemas de información** (como puede ser el uso de indicadores) para analizar la efectividad de las intervenciones como por ejemplo revisando las cirugías que se realizan en el servicio o los tratamientos antiangiogénicos.
- **Acreditación docente de la Unidad de Gestión Clínica** para formar residentes en Oftalmología.

#### 4.4. Objetivos asistenciales y de sostenibilidad

La formulación de objetivos es una faceta importante de la fase de planificación. Planificar significa hacer una previsión anticipada de los acontecimientos. Los objetivos deben estar inspirados en cuatro conceptos fundamentales: equidad, eficacia, eficiencia y calidad.

- **La equidad** se consigue cuando a la misma necesidad se ofrece similar recurso. Se expresa generalmente en tiempo de espera y su cumplimiento se mide por la accesibilidad a los servicios sanitarios que debe ser homogénea e igual para todos.
- **La eficacia** se define como la capacidad de las instituciones para dar servicio en condiciones ordinarias. Dicho de otra manera, la capacidad de obtener unos objetivos marcados que se pueden planificar y programar.
- **La eficiencia** hace referencia a la mejor utilización posible de los recursos para cumplir los objetivos. Se mide en unidades monetarias por paciente o acto asistencial, y por tanto se trata de conseguir la eficacia con el menor gasto posible.
- **La calidad asistencial** hospitalaria se ha definido como la satisfacción de las necesidades y expectativas de los enfermos, tanto reales como percibidas, con el menor consumo de recursos. Tiene dos componentes uno científico-técnico, que consiste en diagnosticar correctamente y aplicar la terapéutica conveniente, y otro aparente llamado calidad o satisfacción percibida por el cliente y que se concreta en la sensación que tiene el enfermo y sus familiares de ser tratados con interés, deferencia y educación.

Además de encuadrar la planificación y objetivos en estos conceptos genéricos se hará hincapié en algunos de sus aspectos concretos como líneas prioritarias de actuación:

- Se **mejorará la accesibilidad** con reducción y homogenización de las demoras según acuerdos del SMS.
- Otro de los objetivos es **mejorar la continuidad asistencial** tanto a nivel de Primaria con Especializada, como desde la atención ambulatoria con la hospitalaria. Se potenciará la Atención Primaria mediante realización de protocolos sencillos para el manejo de la patología ocular leve más relevante (DMAE leve, retinopatía diabética leve, síndrome de ojo seco,...)
- En la **gestión de recursos** se pondrá especial énfasis en la adecuación de los mismos, en áreas como la hospitalización (estancia inapropiada y reducción de estancia media), utilización adecuada de pruebas diagnósticas (evitando su duplicación) y contención del gasto farmacéutico.
- Aspecto relevante para la mejora de la calidad es **reducir la variabilidad en la práctica clínica** por lo que se debe atender la sistematización de varias actividades con la puesta en marcha de protocolos, vías clínicas y Guías de Práctica Clínica. En este sentido creemos que el establecer secciones hará que los profesionales se puedan subespecializar en la distintas patologías y su manejo esté actualizado.
- En cuanto a la **política de personal**, probablemente el principal activo del sistema sanitario, las líneas de actuación irán en la dirección de motivar e implicar a todos los profesionales en la gestión, corresponsabilizándolos en la misma y en el logro de los objetivos estratégicos. El trabajo en equipo fusionando los esfuerzos de los diferentes grupos produce unos resultados globales superiores a la simple suma aritmética de los esfuerzos individuales.

Como hemos dicho a lo largo de esta memoria y ha quedado patente en los análisis interno y externo partimos de una situación desproporcionada entre recursos y demanda, lo que ha impedido hacer ciertas cosas como hubiese

sido nuestro deseo. La creación de un nuevo escenario puede permitir, a mi juicio, una importante oportunidad de mejora.

#### **4.4.1. Objetivos asistenciales.**

##### 1. Consultas de cupo.

- **Mejorar la accesibilidad** programando las primeras visitas para que no superen los 50 días para patologías “ordinarias” y sin demora para las consultas urgentes o preferentes.
- **Homogeneizar la distribución** de la agenda de consultas en los diferentes centros de nuestra unidad en función de la población adscrita, unificando la demora máxima en todos los Centros de Atención Primaria.
- **Adecuar el número de pacientes por consulta** para una mejor atención considerando óptimo el número 35 pacientes/consulta.
- Conseguir que los **pacientes derivados de A.P.** vengan adecuadamente derivados. Dado que existe un convenio del colegio de ópticos de la CARM con nuestro servicio insistir en que los pacientes acudan a nuestro centro sufran una patología oftalmológica y no sea su sintomatología debido a un problema de falta de graduación.
- **Aumentar la resolución** en esta consulta de los procesos de menor complejidad (retinopatía diabética leve, procesos de cirugía menor, patología de la superficie ocular, seguimiento del glaucoma/hipertensión ocular).
- **Consulta de enfermería** en centro de especialidades para campimetrías.
- Implantar la **entrega del informe de alta en consulta** a todos los pacientes incluyendo tratamiento y plan de cuidados, tarea fácilmente ejecutable de modo informático.
- **Reducir la demora** en visitas sucesivas. No debe superar los 30 días (óptimo 2-3 semanas).

## 2. Consulta hospitalaria

Las demoras en esta consulta son motivo de preocupación, las agendas están sobrecargadas atendiéndose una media de 30 pacientes por consulta. Esta cifra fue consensuada, aunque si dispusiéramos de una consulta de alta resolución, teniendo en cuenta que en la misma se realizarían las exploraciones complementarias y procedimientos terapéuticos de consulta este numero tendría que ser replanteado.

Objetivos que se proponen:

- Mantener y en algunos casos **disminuir las demoras**. Para primera visita no superarán los 50 días en ningún caso. En visitas sucesivas se hace una distinción en dos tipos de pacientes: el que tras ser atendido por primera vez está en proceso diagnóstico, y las revisiones por procesos crónicos. En el primer caso la demora no superará los 50 días, incluyéndolos en la agenda de revisiones preferentes. El segundo caso permite una citación mucho más flexible.
- Establecer el **número de pacientes por consulta** en 25 pacientes. Al hilo del anterior párrafo y basado en el análisis de la demanda la agenda de consulta externa se establecerá del siguiente modo: nº total de pacientes 25/día (6 primeras, 10 revisiones preferentes y 9 sucesivas). La consulta continuará siendo personalizada con asignación concreta a cada oftalmólogo.
- Implantar la **consulta única o llamada también de alta resolución (CAR)** que permita en un solo día el diagnóstico, con la realización de todas las exploraciones y procedimientos terapéuticos necesarios.
- Implantar la **consulta de Telemedicina** para consulta de dudas de derivación desde Atención Primaria.
- Entregar el **informe de alta en consultas** a todos los pacientes cuando se dé esta circunstancia, con diagnóstico, tratamiento y plan de cuidados si los precisa.
- Entregar las **recetas de los fármacos** prescritos al paciente en la consulta.

- **Reducir el número de consultas sucesivas**, fomentando el alta en pacientes que ya realmente no necesitan seguimiento.
- **Descargar la consulta externa** derivando pacientes al Centro de Especialidades o a Atención Primaria en patología de baja complejidad atendiendo en la consulta hospitalaria a los que precisen pruebas diagnósticas y control postquirúrgico.

### 3. Área quirúrgica.

Para la formulación de ciertos objetivos en esta área se ha de tener en cuenta distintas variables como son: la disponibilidad general, las necesidades y el rendimiento de la propia unidad. La asignación de quirófanos a las unidades depende del programa de actividad quirúrgica diseñado por la Comisión Quirúrgica del CHUC (subdirector quirúrgico y coordinadores de las unidades quirúrgicas) de acuerdo de la presión asistencial de cada UGC, los recursos humanos (anestesiastas, enfermería, personal auxiliar) y los recursos físicos (quirófanos generales, quirófanos de CMA, camas de reanimación, equipos de anestesia,...). Nuestras necesidades y servicios han sido comentados en el capítulo de análisis de la demanda y en base a estos formulamos los objetivos.

Los objetivos son:

- **Cumplir el plan de no demora del SMS**, que establece que los pacientes incluidos en LEQ no superen los 150 días de espera para patologías ordinarias ni los 30 días en los oncológicos o urgentes.
- **Adecuar la actividad quirúrgica programada**. El número de quirófanos para CMA se establece en 13 sesiones semanales, según se desprende del análisis de la demanda realizado para nuestra UGC.
- Situar el **rendimiento quirúrgico en un nivel óptimo** de 75-80 % del tiempo total disponible, estimando que el 20-25 % de cada sesión quirúrgica se consumen en entradas y salidas del paciente, limpieza del quirófano, anestesia, preparación del instrumental y descanso del personal. Se hará un cumplimiento estricto del horario de inicio.
- Mantener un índice de **7 pacientes por día quirúrgico**, incluyendo la cirugía compleja y de larga duración como vitrectomías, cirugía

reconstructiva o dacriocistorrinostomías. Asimismo mantener y disminuir el índice de suspensiones actualmente situado en el 1%. En intervenciones con anestesia local este índice se situará en 15 intervenciones por sesión.

- **Racionalizar el gasto de material fungible** utilizando aquellos productos de demostrada eficacia y menor coste.
- Protocolizar los **criterios de prioridad** y tiempo de espera en las patologías más prevalentes.
- Consolidar un **equipo estable de enfermería** para el quirófano.

#### 4. Urgencias.

- Profundizar en la actualización permanente de los **protocolos de atención urgente** en patología oftalmológica.
- **Formar a médicos y personal de enfermería** en las el manejo de las patologías más frecuentes en urgencias y entrenar en la realización de procedimientos sencillos como extracción de cuerpos extraños corneales o drenaje de absceso de saco lagrimal.
- **Registrar adecuadamente los pacientes que atendemos en urgencias.** A estos pacientes se les dará una hoja informe donde consten las circunstancias del alta y la necesidad o no de revisión en consulta, estableciendo el grado de prioridad en las citas.
- Colaborar de forma activa en la **formación de residentes de Medicina de Familia** ya que es aquí donde ejercen gran parte de su actividad.

#### **4.4.2. Objetivos de sostenibilidad.**

Se define la sostenibilidad como la implicación del personal de la unidad en la gestión de los recursos. De este modo estableceremos los siguientes objetivos:

- **Participación del personal en la gestión de compras** de equipamiento y material oftalmológico.
- Incluir **objetivos económicos en el Cuadro de Mando Integral** de nuestra unidad.

- Eficiencia en la prescripción terapéutica.
- Contribuir a la mejora de la gestión ambiental del hospital.
- Consolidar la actual plantilla y adecuarla a las necesidades futuras, ampliándola si fuera necesario.
- **Motivar a los profesionales.** La asistencia a la persona enferma es el eje y la razón de ser de nuestra profesión. Se podrá destinar más tiempo, recursos y esfuerzos en labores más gratificantes desde el punto de vista profesional, que mantengan el entusiasmo y satisfagan aspiraciones en campos como la docencia, investigación, gestión, actualización de conocimientos, aplicación de nuevas tecnología y mejoras en la calidad asistencial.

#### 4.5. Mapa de procesos de la Unidad



Figura 4. Mapa de procesos de la UGC de Oftalmología del CHUC

## **4.7. Procesos estratégicos, operativos, de soporte**

### **4.7.1. Procesos estratégicos**

Los procesos estratégicos son los procesos destinados a definir y controlar las metas de la nuestra organización, nuestras políticas y estrategias.

La UGC de Oftalmología del CHUC aspira a la excelencia y la calidad total, para ser líder dentro de las unidades del SMS, buscando tanto la eficiencia como el equilibrio presupuestario.

Para definir los procesos estratégicos de nuestra unidad tenemos que realizar una planificación estratégica y los procesos clave en el ámbito asistencial.

- Necesidades de nuestros pacientes (atención integrada con Atención Primaria)
- Abordaje transversal de la patología oftalmológica
- Buena práctica clínica
- Seguimiento de los contratos de gestión con la gerencia del CHUC
- Seguimiento del Plan de Calidad del CHUC y del SMS

La actividad de la UGC de Oftalmología deriva de las múltiples áreas de la especialidad (clínica, sobre todo en consultas externas tanto de ambulatorio como hospitalarias, y cirugía), en muchas de las cuales existen datos no tan completos como los obtenidos del CMBD o de los GRD en los que se fundamentan los sistemas de información del CHUC e imprescindibles para realizar una adecuada planificación estratégica. Los sistemas de información nos ayudan en el seguimiento periódico de la casuística de pacientes para la toma de decisiones. En el CHUC está implantada ya la historia clínica electrónica, la cual mejora la recogida de datos.

### **4.7.2. Procesos operativos**

- **Colaboración con Atención Primaria:**
  - Identificar los procesos más prevalentes y establecer circuitos para la derivación fluida de los pacientes y para el mantenimiento de la continuidad asistencial.

- Crear sesiones formativas mensuales con Atención Primaria y favorecer la rotación de sus profesionales por nuestra unidad una semana al año.
- Establecer en nuestra unidad la figura del Oftalmólogo Consultor que pueda solucionar casos no tributarios de derivación mediante consulta de Telemedicina precisando un registro de su actividad. Los pacientes se derivarán a consultas externas, se creará una consulta de alta resolución (CAR) para casos preferentes como la patología tumoral, la retinopatía diabética avanzada o la degeneración macular severa.
- **Priorización en la patología preferente:** desde consultas externas los pacientes que precisen tratamiento antiangiogénico o cirugía preferente se pondrán en lista de espera quirúrgica con prioridad 1 y se tratarán según su patología .
- **Estrecho contacto con el Servicio de Urgencias,** a través del Oftalmólogo de guardia localizada. Realización de una sesión anual para manejo de urgencias oftalmológicas. Los pacientes procedentes de Urgencias acudirán a valoración en la consulta externa del Hospital de Santa Lucía y se les proporcionará un informe de alta con las instrucciones de tratamiento correspondientes y fecha de revisión si procede,
- **Colaboración con otros Servicios.** Establecimiento de comités multidisciplinares para presentación de casos con especialidades complementarias (Medicina Interna, Reumatología, Neurología, Pediatría, Cirugía Maxilofacial, Cirugía Plástica, Dermatología, Otorrinolaringología). Respuesta rápida a interconsultas generadas por otras especialidades y responsabilidad de seguimiento de las mismas hasta la resolución del problema.
- Fomentar las **buenas prácticas médicas** entre los oftalmólogos de la UGC, aumentar sus conocimientos en base a la medicina basada en la evidencia y al uso de protocolos y guías clínicas actualizadas, dividir las áreas de conocimiento de la Oftalmología en secciones para crear expertos en diferentes patologías, utilizar las tecnologías diagnósticas y

terapéuticas más avanzadas tras su adecuada evaluación y fomentar la docencia y la investigación.

- Colaboración estrecha de nuestros profesionales mediante sesiones y reuniones mensuales con la gerencia del CHUC para la implicación y cumplimiento del contrato de gestión de nuestra UGC con la del centro.

#### **4.7.3. Procesos de soporte**

En la parte asistencial se precisa el soporte de los servicios diagnósticos centrales (Radiodiagnóstico, Microbiología o Anatomía Patológica), de unidades médicas como Hematología para la extracción de sangre para preparación de colirios de suero autólogo o de Reumatología para monitorización de tratamientos biológicos en casos de uveítis severas o de oftalmopatía tiroidea resistente a corticoterapia, de Farmacia para preparación de tratamientos antiangiogénicos y colirios reforzados antibióticos, de Oncología Radioterápica para administración de radioterapia en casos de oftalmopatía tiroidea.

Otros procesos de soporte son:

- Los Servicios de Archivo y Documentación, este último de especial interés por su codificación CIE-10 de los diagnósticos y procedimientos.
- El departamento de compras y logística, para abastecer de material a los quirófanos y consultas externas de la UGC.
- La gestión de instalaciones (disponibilidad de quirófanos, despachos, sala de sesiones, consultas externas, camas asignadas para posibles ingresos) y equipos informáticos.

### **4.8. Calidad y seguridad del paciente**

#### **4.8.1. Calidad**

Se pretende un modelo de calidad total, incorporando la calidad a todas las fases del proceso asistencial y buscando la mejora continua de los procesos, día a día. La calidad comienza con la ejemplaridad de la dirección y el cambio hacia una cultura de calidad en la UGC de Oftalmología, para lo que se precisa

la adhesión de todos los facultativos, la evolución y planificación de la calidad, la transmisión de la información y la consideración de la opinión de los pacientes.

La consecución de la calidad asistencial ha de ser una prioridad para toda la UGC. En su evaluación hemos de tener en cuenta:

- La **estructura**, que son los medios humanos (profesionales), materiales (aparatos de exploración y diagnósticos) y las instalaciones en que se ejerce esa asistencia sanitaria. Mediante normativas aseguramos disponer de la estructura de calidad adecuada. Se intentará acreditar o certificar la UGC en base a sistemas de calidad como la norma ISO o la que el CHUC requiera cuando éste realice una acreditación de todo el centro.
- El **proceso** es la forma en que se planifica, organiza y presta la asistencia oftalmológica, que ha de ser centrada en los pacientes. Se aplicará la medicina basada en la evidencia utilizando guías de práctica clínica nacionales e internacionales (disponibles en las páginas web de la SEO o de la SERV), revisiones sistemáticas disponibles en la biblioteca Cochrane y estudios de evaluación de tecnologías sanitarias y medicamentos. Se propone también dividir la patología oftalmológica en secciones lideradas por los distintos oftalmólogos. Se presentarán los casos complicados en Sesiones Clínicas y/o en Comités multidisciplinares (ej. de tumores de cabeza y cuello). Se mejorará asimismo la accesibilidad mediante la creación de una vía rápida como la CAR para la aceptación de pacientes.
- Los **resultados**. La calidad ha de medirse con indicadores clínicos y quirúrgicos (calidad científico-técnica, como realización de sesiones trimestrales de morbilidad, análisis de LEQ, tasa de infección postquirúrgica, tasa de suspensión de quirófano), económicos (efectividad y eficiencia), de satisfacción y aceptabilidad del paciente (calidad funcional, medible por cuestionarios SERVPERF, SERVQUAL, SERVQHOS o de elaboración propia) y del profesional (trabajo en equipo, promoción, relación con resto de compañeros y jefes) y calidad corporativa.

Se han de valorar un conjunto de aspectos que abarcan desde el acceso del paciente a la asistencia oftalmológica, la competencia de los oftalmólogos, los aspectos de confort de las instalaciones, el equipamiento interno, la empatía de los profesionales sanitarios, la información que reciben los pacientes (oral, escrita, contenida en consentimientos informados,..), las posibilidades de elección de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos y la continuidad de cuidados asistenciales una vez finalizada la asistencia hospitalaria.

#### **4.8.2. Seguridad del paciente**

La intervención sanitaria puede ocasionar daños o lesiones. En los países desarrollados un 10% de los pacientes hospitalizados y un 1% de los atendidos en atención primaria sufre algún daño como consecuencia de la asistencia sanitaria, lo que supone un coste aproximado del 6% del gasto sanitario público.

Los facultativos son los principales responsables en el campo de la seguridad de los pacientes y es a ellos a quienes corresponde la aplicación de las Prácticas Clínicas Seguras, basadas en la mejor evidencia científica disponible así como la erradicación de las prácticas inseguras e ineficientes. Han de identificar los procedimientos clínicos diagnósticos y terapéuticos más seguros mediante en la medicina basada en la evidencia y llevarlos a su aplicación segura y sin errores en los pacientes.

La Gerencia del centro ha de impulsar una cultura de seguridad que anime a los profesionales a comunicar anónimamente en el Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SINASP), implantado desde hace dos años en el CHUC, los errores y amenazas para la seguridad de los pacientes, de modo que sirvan como oportunidades de mejora.

Los profesionales de nuestra UGC han de exigir pruebas de seguridad y efectividad a las nuevas prácticas terapéuticas o tecnologías antes de introducirlas en las prestaciones de la cartera de servicios.

El paciente también ha de participar activamente en la toma de decisiones clínicas y en su autocuidado de la salud actuando como segunda barrera en la

reducción de la aparición de efectos adversos. La Organización Mundial de la Salud, el programa “Pacientes por la seguridad de los pacientes” ha de estar implantado en la UGC de Oftalmología del CHUC.

Se prestará especial atención a las recomendaciones en Seguridad de los pacientes de la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations: 1) mejorar la identificación de los pacientes (especialmente importante en el área quirúrgica con el “check-list”), 2) mejorar la comunicación de órdenes médicas al personal de enfermería, 3) mejorar la seguridad en el uso de colirios y antiangiogénicos, en colaboración con la UGC de Farmacia Hospitalaria, 4) reducir el riesgo de infecciones (sobre todo postquirúrgicas), 5) dar continuidad y precisión a la medicación y asistencia durante el proceso asistencial, y 6) utilización de programas de prevención de caídas.

La seguridad del paciente es una de las dimensiones de la calidad asistencial y como tal puede y debe monitorizarse mediante el uso de indicadores como podría ser la incidencia de infección postquirúrgica en la cirugía de la catarata (indicador que no existe en nuestra unidad por el momento).

#### **4.9. Atención centrada en el paciente**

La atención especializada en Oftalmología del CHUC comprende la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades oftalmológicas. Abarca la atención en el Servicio de Urgencias, las consultas externas, los procedimientos diagnósticos y terapéuticos y la cirugía ocular.

La población en el Área II del SMS no ha aumentado, pero sí ha envejecido, lo que implica una mayor prevalencia de patología ocular propia de personas mayores (ej. Catarata, DMAE, glaucoma,...) conllevando una mayor demanda de asistencia sanitaria oftalmológica y un mayor consumo de recursos.

Se pretende desarrollar un modelo de asistencia oftalmológica centrada en el paciente, permitiendo:

- **Integrar a los pacientes y a sus familiares** en todos los aspectos de la atención oftalmológica procurando que asistan con un acompañante para reforzar la comunicación médico-paciente
- **Mejorar la accesibilidad a los facultativos** (acceso a primera visita, de acuerdo a Real Decreto, en menos de 50 días, creación de CAR,...)
- **Reducir la lista de espera quirúrgica** a menos de 150 días y a menos de 30 días en caso de patología urgente como la tumoral o la DMAE exudativa. En estos últimos casos se potenciará la vía rápida de derivación de atención primaria a especializada.
- **Creación de consultas de mañana y de tarde** para que los pacientes puedan acudir a sus trabajos sin necesidad de pedir días libre o poder conciliar con su vida familiar.
- Impulsar la **cirugía en horario de tarde** y tratar de proporcionar la medicación necesaria para el postoperatorio inmediato.
- Establecer la **coordinación entre servicios, niveles y ámbitos asistenciales**, promoviendo el drenaje de pacientes de la atención especializada a la primaria (ofreciendo pautas de seguimiento oftalmológico a los médicos de atención primaria).
- Formar **profesionales de la salud en habilidades de comunicación**, que favorezcan el diálogo y el entendimiento entre el profesional sanitario y el paciente, permitiendo la autonomía del paciente, la resolución de dudas y consejos.
- **Compartir el control y la responsabilidad del proceso de atención**, la realización de consentimientos informados tanto de cirugías como de procedimientos terapéuticos realizados en la consulta como la angiografía fluoresceínica retiniana o la fotocoagulación con láser argón.
- Implantar la **libre elección de todos nuestros especialistas** o el derecho a solicitar una segunda opinión.
- Realizar **encuestas** que den voz a la opinión de los pacientes acerca de la asistencia recibida y de la que quieren recibir, para poder analizarlas y trasladar a la práctica sus recomendaciones o sugerencias.

## **4.10. Guías clínicas y rutas asistenciales para una atención integrada**

### **4.10.1. Guías clínicas**

Para el desarrollo de la actividad asistencial en la UGC de Oftalmología se persigue la máxima eficiencia y para ello se basará en guías clínicas nacionales, disponibles en las páginas web de la SEO ([www.ofthalmoseo.com](http://www.ofthalmoseo.com)), de la SECOIR ([www.secoir.org](http://www.secoir.org)) y de la SERV ([www.serv.es](http://www.serv.es)) y en Guíasalud ([www.guisalud.es](http://www.guisalud.es)).

Se dispondrá de estas guías en soporte en una carpeta en soporte electrónico con los protocolos en uso para que pueda ser consultada por los facultativos en cualquier momento y también podrá ser consultada por los médicos de atención primaria, favoreciendo así la atención integrada a los pacientes.

### **4.10.2. Rutas asistenciales**

Una ruta asistencial es un plan operativo, escrito, ante una enfermedad crónica que garantiza la organización de cuidados y acciones multidisciplinarios necesarios para implementar la mejor práctica clínica en una patología determinada. Han de ser sencillas, centradas en el paciente, fundamentadas en la mejor práctica clínica y garantes de la continuidad de la atención, por lo que tienen una enorme trascendencia para la integración de asistencia primaria y especializada.

En Oftalmología estas rutas son prácticamente inexistentes, pero sería interesante elaborar este tipo de protocolos en derivación de retinopatía diabética, degeneración macular o en el manejo de la catarata en pacientes de edad avanzada.

## **4.11. Gestión del conocimiento y de la innovación**

### **4.11.1. Gestión del conocimiento**

Se define la Gestión del Conocimiento como el esfuerzo sistemático de encontrar, organizar y fomentar el capital intelectual del equipo, implantando una cultura de aprendizaje y compartición continua del conocimiento, de forma que las actividades se puedan basar en el conocimiento disponible.

Para adaptar esta teoría a nuestra práctica intentaremos:

- **Establecer una estrategia para el desarrollo, adquisición y aplicación del conocimiento** en la UGC de Oftalmología basada en el liderazgo por patologías de la gestión del conocimiento, que un adjunto sea el líder en una patología y haga partícipe de sus conocimientos al resto de los facultativos al que le puedan derivar los pacientes que tengan dudas acerca de su manejo. Los responsables de cada sección ha de subespecializarse mediante lectura, estudio de artículos relacionados y asistencia a cursos y congresos propios de la patología. Además han de actualizarse continuamente, ya que como sabemos la ciencia médica está expuesta a mejora y cambio continuo.
- **Evaluar los logros obtenidos con la aplicación del conocimiento.** Con estos conocimientos actualizados los facultativos tratarán a los pacientes de la mejor manera posible y esto resultará sumamente satisfactorio en su desarrollo profesional.
- **Disminuir el tiempo de introducción de nuevos fármacos o tecnologías** disponibles llegando a acuerdos con la dirección del centro y las empresas distribuidoras de los productos
- Adaptar la tecnología a las necesidades de nuestra UGC.

### **4.11.2. Innovación**

La palabra innovar significa transformar ideas en valores. En la UGC de Oftalmología la innovación se puede llevar a cabo de las siguientes formas:

1. Innovación de producto (incorporación de nuevos fármacos, técnicas quirúrgicas o diagnósticas).
2. Innovación de proceso (introducción de conceptos de gestión en la práctica asistencial, introducción de protocolos).
3. Innovación de servicio (asistencia sanitaria integrada mediante dispositivos de telemedicina o la introducción de CAR).

Para innovar también es necesario cooperar y colaborar. Estas cooperaciones y colaboraciones se llevarán a cabo sobre todo con la farmaindustria para poder realizar protocolos en la introducción de nuevos fármacos e introducción en ensayos clínicos nacionales.

También se han de establecer las etapas a seguir en el proceso de innovación, asignando responsabilidades a los miembros de la UGC, creando un método para recoger, evaluar y priorizar ideas y asignando recursos para invertir en esas ideas innovadoras.

#### **4.12. Docencia y formación continuada**

En cuanto a la Docencia y formación continuada, los objetivos docentes que se plantean son:

##### 1. Acreditar la unidad para formar residentes

- Elaborar una memoria para presentar en el Ministerio de Sanidad y mediante la Unidad Docente del CHUC conseguir la formación de especialistas en Oftalmología en nuestra UGC.

##### 2. Participar en la Formación postgrado:

- Continuar colaborando en la **formación de los residentes** de Medicina de Familia y comunitaria según el plan de rotación establecido por la Comisión de Docencia del Hospital. Actualmente la rotación por nuestra unidad es de 2 semanas que considero

insuficiente, por lo que se propondrá a la comisión correspondiente, la ampliación en 1 semana más su estancia. El médico de familia ha de conocer la Hª clínica Oftalmológica, las indicaciones de exploraciones complementarias (radiología, instrumentales y analíticas) y la terapéutica de las patologías más comunes de frecuentación en la consulta de atención primaria: conjuntivitis, diagnóstico diferencial del ojo rojo, síndrome de ojo seco, blefaritis, manejo de la catarata y de la retinopatía diabética,...

### 3. Participar en la formación pregrado

- Potenciar nuestra **colaboración con la Universidad** consolidando la realización de prácticas en nuestra unidad de los estudiantes de Medicina. Sería muy útil para los alumnos que residen en nuestro entorno geográfico facilitándoles los desplazamientos. En el momento actual, con la creación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Murcia (UCAM) y con la próxima apertura del campus de Ciencias de Salud en la ciudad de Cartagena se nos abre un nuevo horizonte para la docencia y la investigación en nuestra unidad. De hecho, la gerencia del Área II de Salud ha llegado a un acuerdo con el rectorado de esta universidad y se va a tomar como hospital de referencia para la docencia el CHUC. Con este acuerdo nuestra unidad tendrá que elaborar un plan docente de formación del alumnado de medicina y será necesaria la figura de un tutor de docencia que sea el responsable del cumplimiento de lo que él se estipule. Además esta relación con la universidad promoverá y potenciará la labor investigadora del servicio de cara a la realización de estudios, ensayos clínicos y tesis doctorales.

### 4. Formación continuada

- La formación continuada se contemplará en dos vertientes, enfocada a los miembros del servicio y por otra parte, participando en la formación de otros profesionales, tanto facultativos como no facultativos (DUE, Aux. enfermería, etc...).

## 5. Formación interna del servicio

- **Asistir a Cursos o Congresos relevantes de la Especialidad** (nacionales o internacionales) al menos una vez al año y en función de la disponibilidad. Se establecerá un programa de salidas a estos eventos con un calendario pactado y consensuado para que el tiempo sea idéntico para todos y siempre aprobado por la dirección del hospital.
- Establecer un **programa concreto de formación en nuevas tecnologías**
- Potenciar las **sesiones bibliográficas o monográficas**, con la participación de todos los miembros de la unidad y de forma rotatoria.
- Asistir a las **sesiones generales del hospital** participando de forma activa en ellas y realizando al menos una sesión general por parte de nuestra unidad.
- Estimular y fomentar entre los oftalmólogos la **formación en los nuevos modelos de Gestión** con lectura de la oportuna bibliografía o asistencia a cursos en estas disciplinas (gestión de calidad, modelos de gestión, cursos de MBE, estadística biomédica).
- Realizar **programas de formación para médicos de A. Primaria del Área.**
- Participar en **campañas de educación sanitaria de la población**, colaborando en programas de prevención de patologías como la retinopatía diabética o divulgativas como por ejemplo de degeneración macular asociada a la edad, tan prevalente en este momento y de elevado interés social.
- Colaboración con los medios de comunicación y otros foros sociales en estos temas.

## 6. Formación de otros profesionales:

- Impartir un seminario anual de actualización para enfermería. Será participativo con la aportación y sugerencias de los enfermeros tanto en la elección de los temas a tratar como la su elaboración. Dirigido

fundamentalmente a los enfermeros de la unidad pero, abierto a todos los interesados del resto del hospital. Se actualizarán conocimientos de los distintos síndromes oftalmológicos así como otros temas relacionados con calidad, gestión de utilización de pruebas diagnósticas, campimetrías, cuidados de enfermería...

- Impartir un seminario anual de actualización para médicos de la unidad de Urgencia. Se revisarán los protocolos actuales de actuación en la patología oftalmológica urgente.

#### **4.12. Actividad investigadora: ensayos clínicos, líneas de investigación**

Es importante para la UGC de Oftalmología promover la actividad investigadora de todos los miembros. En el momento actual se dispone de dos líneas abiertas de investigación en la unidad:

*- Análisis de los deterioros cognitivos y la enfermedad de Alzheimer mediante estudio de capas de fibras nerviosas de la retina con el uso de tomografía de coherencia óptica*

*- Estudio de polimorfismos genéticos asociados a la respuesta a ranibizumab intravítero en pacientes con neovascularización coroidea en la degeneración macular asociada a la edad.*

Además se prevén nuevas líneas de investigación futuras en el estudio del glaucoma y de la patología tumoral palpebral en colaboración con el departamento de Biología Molecular del CHUC y del banco de tumores.

Así se intentará llegar a los siguientes objetivos por nuestros miembros:

- Publicar dos artículos anuales en revistas relevantes de la especialidad.
- Presentar comunicaciones al Congreso Nacional de Oftalmología (al menos una al año).
- Presentar comunicaciones al Congreso Anual de la Asociación Murciana de Oftalmología (al menos una al año).

- Realizar estudios epidemiológicos dentro de nuestro área, en lo referente a patología frecuente como son la retinopatía diabética, la degeneración macular, la patología tumoral palpebral o la cirugía del glaucoma.
- Solicitar la participación en algún ensayo clínico de los promovidos por la Sociedad Española de Oftalmología mediante la Fundación para la Investigación en Oftalmología u otros financiados por la industria farmacéutica.
- Colaborar activamente con la Comisión de Docencia/IMIB (Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria).
- Fomentar, facilitar y estimular la realización de tesis doctorales entre los miembros de nuestra Unidad de Gestión.

#### 4.13. Monitorización del plan de gestión: cuadro de mando

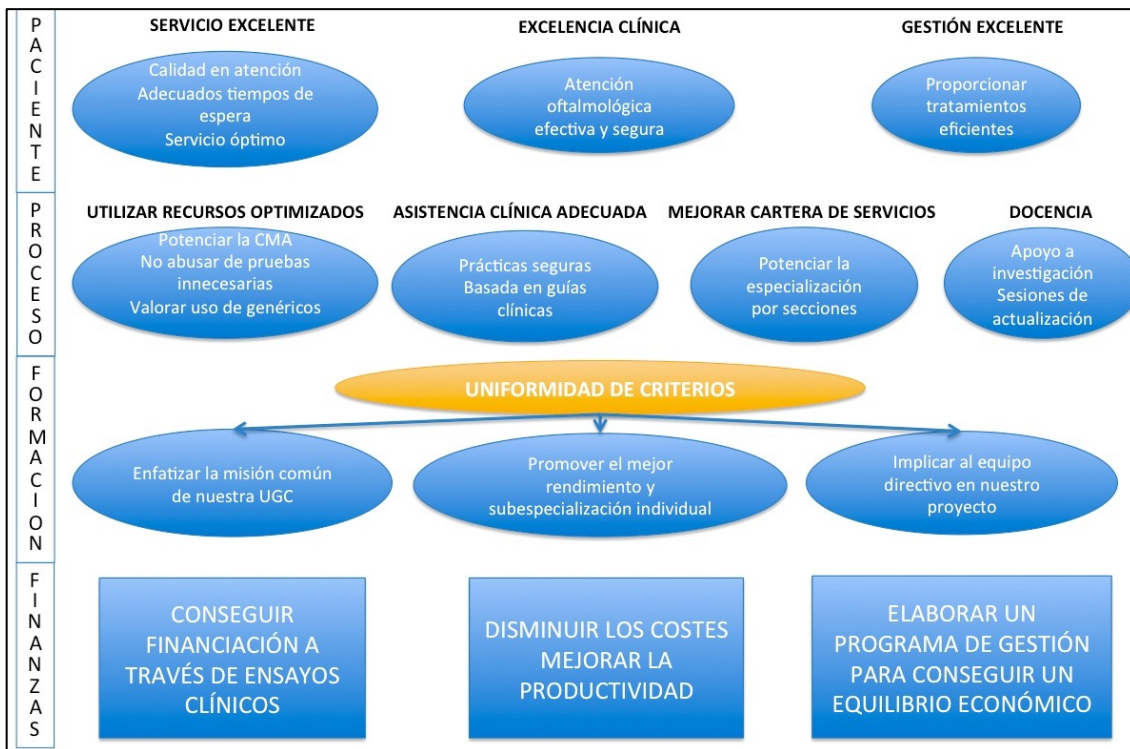


Figura 5: Propuesta de CMI de la UGC de Oftalmología del CHUC.

	OBJETIVOS	INDICADORES	METAS	INICIATIVAS
<b>PERSPECTIVA PACIENTES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Servicio excelente (Calidad en atención, adecuada lista de espera, servicio óptimo)</li> <li>Excelencia clínica (atención efectiva y segura)</li> <li>Gestión excelente (tratamientos eficientes)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Primera consulta &lt;50 días</li> <li>Días en Lista de espera para cirugía &lt;180</li> <li>Porcentaje de reclamaciones</li> <li>Porcentaje de consentimientos informados</li> <li>Porcentaje de informes de alta</li> </ul>	<p>100%</p> <p>100%</p> <p>&lt;5%</p> <p>100%</p> <p>100%</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Optimizar derivaciones con AP, derivar graduaciones a optometrista, consulta de Telemedicina, retinógrafos en primaria.</li> <li>Consulta de alta resolución</li> <li>Formación en habilidades comunicativas y de trato con el paciente</li> </ul>
<b>PERSPECTIVA PROCESOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utilizar recursos optimizados</li> <li>Asistencia clínica adecuada</li> <li>Mejorar la cartera de servicios</li> <li>Potenciar la docencia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rendimiento Qx</li> <li>Porcentaje de suspensiones</li> <li>Checklist quirúrgico</li> <li>Nº Comunicaciones a congresos</li> <li>Nº Publicaciones</li> <li>Sesiones realizadas postcongresos</li> </ul>	<p>&lt;75%</p> <p>&lt;5%</p> <p>100%</p> <p>&gt;2 anuales</p> <p>&gt;2 anuales</p> <p>100%</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Potenciar la CMA, sacar la cirugía menor del parte quirúrgico</li> <li>Uso de fármacos genéricos</li> <li>Uso de guías y protocolos. Potenciar la formación continuada. Apoyo a la investigación</li> <li>Definir secciones</li> <li>Acuerdos con la Universidad</li> </ul>
<b>PERSPECTIVA FORMACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Uniformidad de criterios entre facultativos</li> <li>Inculcar la cultura de nuestra misión</li> <li>Promover el rendimiento y su especialización individual</li> <li>Implicar al equipo directivo en nuestro proyecto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nº sesiones monográficas</li> <li>Porcentaje de adhesión a protocolos y guías terapéuticas</li> <li>Nº de sesiones bibliográficas</li> <li>Nº de asistencias a congresos y cursos</li> <li>Nº de sesiones generales (y con la dirección asistencial)</li> </ul>	<p>1 por semana</p> <p>&gt;90%</p> <p>1 al trimestre</p> <p>2 por año</p> <p>&gt;1 anual</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Potenciar las secciones</li> <li>Aumentar las sesiones (monográficas, bibliográficas..)</li> <li>Asistencia a cursos de gestión clínica</li> <li>Potenciar la cultura de la gestión clínica entre los miembros de nuestra unidad</li> </ul>
<b>PERSPECTIVA FINANZAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conseguir financiación a través de ensayos clínicos</li> <li>Disminuir costes para mejorar productividad</li> <li>Elaborar programas de gestión para conseguir equilibrio económico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nº de ensayos clínicos</li> <li>Porcentaje de genéricos</li> <li>Porcentaje de seguimiento de protocolos en terapia intravitrea</li> </ul>	<p>1 anual</p> <p>&gt;80%</p> <p>&gt;90%</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Asistencia a congresos y reuniones de grupos de trabajo.</li> <li>Consenso en el uso de protocolos e inclusión de nuevas terapias</li> </ul>

Figura 6: Propuesta de indicadores del CMI de la UGC de Oftalmología del CHUC.

## 5. Currículum vitae (anexo)

Funciones del jefe clínico:

- **Planificadora:** determinando los objetivos de la organización y de los servicios que presta y estableciendo un conjunto coordinado de operaciones dirigidas al logro de objetivos.
- **Organizadora:** ajustando personas, tareas y recursos a través de una estructura organizativa formal, de tal modo que se puedan realizar de modo eficaz y eficiente las operaciones dirigidas al logro de los objetivos y a la prestación de servicios.
- **Directora:** asegurando el estímulo y los esfuerzos necesarios para la realización del trabajo. Dirigir implica influir, dar instrucciones y órdenes, supervisar, liderar, motivar y comunicarse. Participará en la asistencia atención e información sobre la evolución a pacientes y familiares.
- **Coordinadora:** asegurando la sincronización de las actividades requeridas para el logro de los objetivos y la realización del trabajo. De forma muy especial velará por las buenas relaciones con el estamento de enfermería.
- **Controladora:** regulando la ejecución de las actividades de acuerdo con lo que estaba previsto en la fase de planificación, estableciendo indicadores y normas, evaluando y reajustando la ejecución. Observará el cumplimiento de las normas referentes a horarios, permisos, asistencia a congresos. Vigilará el consumo de material de cualquier índole asegurando la necesidad y pertinencia del mismo.

El Jefe de Sección tiene funciones de decisión en el ámbito estratégico, de gestión y de operaciones. El control de gestión debe basarse en informes que permitan analizar la casuística, el funcionamiento, la calidad y el consumo de recursos de un período y compararlos con los de otro, con los objetivos fijados o con otros hospitales:

- Supervisará directamente estableciendo quien y como es el responsable de proyectos o líneas de trabajo en estrecha relación con los interesados, cuidará la calidad asistencial tanto en lo referente al trato y asistencia prestados al paciente como en la correcta utilización de los medios de diagnóstico y terapéutica aplicados.

- Fomentará la docencia la investigación y la formación continuada participando en todas las actividades docentes que haya de realizar el Servicio, la formación de residentes y formación continuada de los miembros del Servicio, personal de enfermería y facultativos de atención primaria.

- Colaborará así mismo en la divulgación de planes sanitarios para usuarios.

- Organizará grupos de mejora de calidad con participación multiprofesional o interservicios lo que actualmente se ha convertido en una herramienta muy útil en la coordinación, comunicación, motivación e innovación.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE-A-1986-10499.
2. Real Decreto 1474/2001, de 27 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud. BOE-A-2001-24858.
3. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE-A-2003-10715.
4. Real Decreto 137/1984, 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud. BOE-A-1984-2574
5. Orden de 24 de abril de 2009 de la Consejería de Sanidad y Consumo, por la que se establece el Mapa Sanitario de la Región de Murcia. BORM 07/05/2009.
6. CRE Murcia. Revisión del Padrón Municipal 2008. Disponible en: <http://www.foro-Ciudad.com> (Gráficos elaborados según datos del I.N.E.)
7. CRE Murcia. Revisión del Padrón Municipal 2015. Disponible en: <http://www.foro-Ciudad.com> (Gráficos elaborados según datos del I.N.E.)
8. Mapa sanitario 2009 de la Región de Murcia, Orden de la Consejería de Sanidad y Consumo de 24/04/2009, BORM 7 de mayo de 2009, modificado por Orden de 14 de mayo de la Consejería de Sanidad y Política Social, BORM 26 de mayo de 2015. Fuente CREM (Centro Regional de Estadística de Murcia).
9. Plan de Salud de la Región de Murcia 2010-2015. Disponible en: [http://www.murciasalud.es/recursos/.../185877-Plan\\_salud\\_2010-2015.pdf](http://www.murciasalud.es/recursos/.../185877-Plan_salud_2010-2015.pdf)
10. Real Decreto 127/84, sobre la denominación de la especialidad y requisitos de Oftalmología. BOE-A- 2004-12223
11. Bisbe, J. y Barrubés, J. El Cuadro de Mando Integral como instrumento para la evaluación y el seguimiento de la estrategia de las organizaciones sanitarias. Rev. Esp. Cardiol. 2012, 65 (10): 919-927.
12. Ruiz, E. Cuadro de Mando Integral. Hospital de Zaragoza 2014
13. Servicio Andaluz de Salud (2012). Resultados y Calidad del Sistema Sanitaria Público de Andalucía. Andalucía: Escuela Andaluza de Salud Pública

14. Disponible en <http://www.murciasalud.es>
15. Informe regional CMBD. 2015. Disponible en: <http://www.murciasalud.es>
16. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (LAP). BOE-A-2002-22188.
17. Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud. BOE-A-2003-11266
18. Committee on Quality of Health Care in America. Institute of Medicine. To Err is Human: Building a Safer Health Care System. Washington (DC): The National Academies Press, 2000



# **CURRICULUM VITAE**

Maria Dolores Miranda Rollón  
Facultativo Especialista de Área de Oftalmología  
Hospital General Universitario Santa Lucía  
(Cartagena – Murcia)

## ***CURRÍCULUM VITAE***

DATOS PERSONALES

FORMACIÓN ACADÉMICA

EJERCICIO PROFESIONAL

ACTIVIDAD INVESTIGADORA

PUBLICACIONES INTERÉS CIENTÍFICO

COMUNICACIONES EN CURSOS Y CONGRESOS

CURSOS Y CONGRESOS REALIZADOS

ASOCIACIONES CIENTÍFICAS

OTROS MÉRITOS

## DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: María Dolores Miranda Rollón

Fecha de nacimiento: 6-Abril-1980

Lugar de nacimiento: Quiroga (Lugo)

Domicilio: Paseo Alfonso XIII, 9, 4ºB.  
Cartagena 30203 (Murcia)

Teléfono:657987720-968504442

Correo electrónico: mdmr1980@hotmail.com

Número de colegiada: 30/3310508



## FORMACIÓN ACADÉMICA

1.-Licenciatura en Medicina y Cirugía por la Universidad de Navarra en la promoción de 2004 con expediente académico de 1,88; con las siguientes calificaciones:

Sobresalientes: 11

Notables: 29

Aprobados: 33

2.-Realización del examen MIR, en Enero del 2005 con el número de orden 2226 eligiendo como especialidad OFTALMOLOGÍA en el HOSPITAL DE CABUEÑES en GIJÓN (Asturias)

3.-Realización de curso de doctorado en investigación en el departamento médico- quirúrgico de la Universidad de Oviedo

4.-Curso Master on-line en Oftalmología de Laboratorios Novartis y Sociedad Española de Oftalmología durante el año 2008 dotado de 200 horas lectivas de duración.

5.-Máster Universitario en Dirección y Gestión Sanitaria de la Universidad Internacional de la Rioja (en la actualidad)

6.- Programa de doctoranda en la Universidad Católica de Murcia (UCAM) en el programa de Ciencias de la Salud de la Facultad de Medicina (en la actualidad)

## EJERCICIO PROFESIONAL

**Médico interno residente** en el servicio de Oftalmología del Hospital de Cabueñes (Gijón –Asturias) desde Mayo de 2005 hasta Mayo 2009.

ROTACIÓN SERVICIO DE ESTRABOLOGÍA DEL INSTITUTO GREGORIO MARAÑÓN (Febrero 2007- Mayo 2007) Madrid, Tutora: Dra. Pilar Gómez de Liaño.

ROTACIÓN SERVICIO DE RETINA QUIRÚRGICA DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO J.M. MORALES MESEGUER, (Enero 2008- Mayo 2008; Septiembre 2008- Diciembre 2008) Tutor: Dr. Jerónimo Jesús Lajara Blesa.

ROTACIÓN EN CIRUGÍA REFRACTIVA EN EL INSTITUTO MURCIANO DE CIRUGÍA OCULAR (periodo de rotación en Murcia) Tutor: Dr. Lorenzo Vallés San Leandro y en INSTITUTO OFTALMÓLOGICO FERNÁNDEZ VEGA, (Febrero 2009- Mayo 2009) Tutor: Dr. José Alfonso Sánchez.

**Facultativo especialista de área** de oftalmología del Hospital General Universitario Santa María del Rosell y Hospital General Universitario de Santa Lucía de Cartagena desde Mayo de 2009 hasta la actualidad encargada de la sección de oculoplástica.

**Médico especialista de oftalmología** en Centro Médico Virgen de la Caridad de Cartagena y en Instituto Murciano de Cirugía Ocular de Archena (2009-2016)

## ACTIVIDAD INVESTIGADORA

- Realización de labor de investigación como alumna interna del departamento de Ginecología de la Clínica Universitaria de Navarra (durante segundo ciclo de Medicina) bajo la dirección de Dr. Juan Luis Alcázar y con la defensa del

trabajo final con título “Valores predictivos de Ca-125 en la cirugía de citorreducción óptima en pacientes con carcinoma epitelial avanzado de ovario” en febrero de 2004 en la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra.

- Realización de suficiencia investigadora dentro del programa de doctorado de investigación en ciencias médico-quirúrgicas de la Universidad de Oviedo con la defensa del trabajo: “Cirugía del pterigión: comparación de la técnica de autoinjerto conjuntival con sutura y con adhesivo tisular” en Septiembre de 2008, bajo la dirección de Dr. Juan Junceda Moreno y con la calificación de Sobresaliente.

- Realización de proyecto científico asociado a beca de investigación de la Universidad Católica de Murcia en el grupo de investigación de ciencias de la salud de la Facultad de Medicina con el título: “Estudio de los polimorfismos asociados a respuesta a Ranibizumab en la Degeneración macular asociada a la edad” en el año 2015 en colaboración con la Dra. María del Mar Martínez Senac.

- Participación en el ensayo: *Oral supplementation with a nutraceutical formulation containing omega-3 fatty acids, vitamins, minerals and antioxidants in a large series of patients with dry eye symptoms: results of a prospective study.* Publicado en *Clinical Interventions in Aging* 2016: 11 (571-578).

## PUBLICACIONES DE INTERÉS CIENTÍFICO

### ARTÍCULOS EN REVISTAS

- *Ca-125 levels in predicting optimal cytoreductive surgery in patients with advanced epithelial ovarian carcinoma.* J.L. Alcázar, **D. Miranda**, A. Unanue, E. Novoa, S. Alemán, L. Madariaga. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*; volume 84; issue 2; february 2004; pages 173-174.

- *Urgencias Oftalmológicas en Pediatría.* **M<sup>a</sup> Dolores Miranda Rollón**, Carmen Junceda Moreno. CD editado por *Laboratorios LEO* a nivel regional.

- *Macrovasos congénitos retinianos: un hallazgo casual.* Pérez Carro, G; **Miranda Rollón, M**; Junceda Moreno, C; Alvarez Sánchez, M; Junceda Moreno, J. *Archivos Sociedad Española de Oftalmología*; abril 2008 (4); pag. 273-276.

- *Queratitis por Acanthamoeba relacionada con ortoqueratología en niños.* Sentieri Omarrementería A, Parente Hernández B, **Miranda Rollón MD**, Junceda Moreno C, Blanco Costa MI. Acta Estrabológica; mayo-agosto 2008; volumen 3, nº2; pag 103-106.

- *Actitud ante queratolisis severa por queratoconjuntivitis gonocócica en el adulto.* **Miranda Rollón MD**, Sentieri Omarrementería, Junceda Moreno. Archivos de la Sociedad Española de Oftalmología; 2009 (84).

- *Cirugía del pterigión: comparación entre autoinjerto conjuntival con sutura y con adhesivo tisular.* **Miranda Rollón MD**; Pérez González LE; Sentieri Omarrementería A. Archivos de la Sociedad Española de Oftalmología; 2009 (84).

- *Metástasis coroideas en el diagnóstico de inicio de adenocarcinoma de esófago, propósito de un caso.* **Miranda Rollón MD**; Pérez Carro G; Pérez González LE. Enviada a Archivos de la Sociedad Española de Oftalmología.

- *Masa coroidea unilateral en un paciente joven: primera manifestación de un carcinoma de pulmón.* Parente Hernández B; Sentieri Omarrementería A; Martínez Rodríguez R; **Miranda Rollón MD**. Archivos de la Sociedad Canaria de Oftalmología; 2009 (20).

- *Exenteración orbitaria: indicaciones, técnica quirúrgica y reconstrucción.* **Miranda Rollón MD**, Rodríguez Cavas MB, Molero Izquierdo C, Giménez Castejón D. Thea Información. Nº77. Ed. Laboratorios Thea. Octubre 2016.

## **LIBROS EDITADOS**

- *Retina: Práctica clínica caso a caso.* E.U.R.O.M.E.D.I.C.E., Ediciones Médicas, S.L. Junio 2010. Pag. 15-41. (6 capítulos).

- *Información asimilada con el consentimiento informado en pacientes operados de dacriocistorrinostomía con láser de diodo.* Abenza Baeza S, **Miranda Rollón MD**. Editorial Monsálvez. Junio 2016.

- *Reconstrucción de defectos de canto medial.* Giménez Castejón D, **Miranda Rollón MD**, Rodríguez Cavas MB, Molero Izquierdo C. Editorial Diego Marín. Junio 2016.

- *Técnicas estéticas para rejuvenecimiento de párpado superior y ceja. Elaboración de un protocolo quirúrgico.* Giménez Castejón D, **Miranda Rollón MD**, Rodríguez Cavas MB, Molero Izquierdo C. Editorial Diego Marín. Junio 2016.

- *Cambios tomográficos maculares tras cirugía de catarata.* Molero Izquierdo C, Giménez Castejón D, **Miranda Rollón MD**, Rodríguez Cavas MB. Editorial Diego Marín. Junio 2016.

- *Protocolo de uso de toxina botulínica en Oftalmología.* Molero Izquierdo C, Giménez Castejón D, **Miranda Rollón MD**, Rodríguez Cavas MB. Editorial Diego Marín. Junio 2016.

- *Actualización en cirugía de exenteración orbitaria.* **Miranda Rollón MD**, Rodríguez Cavas MB, Molero Izquierdo C, Giménez Castejón D. Editorial Diego Marín. Junio 2016.

- *Actualización en cirugía del pterigión.* **Miranda Rollón MD**, Rodríguez Cavas MB, Molero Izquierdo C, Giménez Castejón D. Editorial Diego Marín. Junio 2016.

- *Estudio clínico prospectivo de la prevención del edema macular quístico tras la cirugía de catarata sin complicaciones con aceclofenaco oral. Vol. I.* Rodríguez Cavas MB, Molero Izquierdo C, Giménez Castejón D, **Miranda Rollón MD**. Editorial Diego Marín. Junio 2016.

- *Estudio clínico prospectivo de la prevención del edema macular quístico tras la cirugía de catarata sin complicaciones con aceclofenaco oral. Vol. II.* Rodríguez Cavas MB, Molero Izquierdo C, Giménez Castejón D, **Miranda Rollón MD**. Editorial Diego Marín. Junio 2016.

## COMUNICACIONES EN CURSOS Y CONGRESOS

- Comunicación oral en Seminario de Oftalmología, Cátedra del Doctor Fernández Vega, facultad de Medicina, Diciembre 2005:

PUPILA TÓNICA DE ADIE (Coautora)

- Comunicaciones en panel en Jornadas Nacionales para médicos residentes de Oftalmología en Junio de 2006 en Granada:

REACCION HISTIOCITICA A PROTESIS OCULAR A PROPOSITO DE UN CASO (Autora)

DISPLASIA FIBROSA MACULAR POSTRAUMÁTICA EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE STARGARDT (Coautora)

- Comunicaciones en panel en Congreso Nacional de Oftalmología celebrado en La Coruña en Septiembre de 2006:

MACROVASOS CONGÉNITOS RETINIANOS: UN HALLAZGO CASUAL (ganador de tercer premio) (Coautora)

METÁSTASIS COROIDEAS EN EL DIAGNÓSTICO DE INICIO DE ADENOCARCIONOMA DE ESÓFAGO, A PROPÓSITO DE UN CASO (Autora)

- Presentación de ponencia “Actualización en Oftamología pediátrica” celebrada el 17 de Noviembre de 2006 en Sesiones de Pediatría del Área V en Gijón.

- Comunicación en panel en Jornadas Nacionales para médicos residentes de Oftalmología en Junio de 2007 en Lisboa con las presentación en panel:

ACTITUD ANTE QUERATOLISIS SEVERA POR QUERATOCONJUNTIVITIS GONOCÓCICA DEL ADULTO (Coautora)

- Comunicación en panel en Congreso Nacional de Oftalmología en Las Palmas en Sepetiembre de 2007:

OFTALMOPLEJIA COMPLETA: DEBUT DE MIASTENIA OCULAR A PROPÓSITO DE UN CASO (Autora, junto con Dra. Pilar Gómez de Liaño de coautora)

y la comunicación libre:

ACTITUD ANTE QUERATOLISIS SEVERA POR  
QUERATOCONJUNTIVITIS GONOCÓCICA DEL ADULTO (Autora)

- Comunicación en panel en Congreso del SECOIR en Madrid en Mayo 2008:

LUXACIÓN ANTERIOR DE CATARATA HIPERMADURA.  
EXTRACCIÓN INTRACAPSULAR E IMPLANTE DE LENTE DE FIJACIÓN  
A IRIS (Autora)

- Comunicación en panel en Congreso de la Sociedad Española de Oftalmología en Septiembre de 2008:

RANIBIZUMAB INTRAVITREO COMO TRATAMIENTO DE  
NEOVASCULARIZACIÓN COROIDEA EN EL SINDROME DE  
PRESUNTA HISTOPLASMOSIS OCULAR (Autora)

y con la comunicación libre:

CIRUGÍA DEL PTERIGIÓN: ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE  
AUTOINJERTO CONJUNTIVAL CON SUTURA Y CON ADHESIVO  
TISULAR (Autora)

- Comunicación libre en Congreso del Grupo Español Multicéntrico de Uveítis en Valencia en Febrero de 2009:

RANIBIZUMAB INTRAVITREO EN NEOVASCULARIZACIÓN  
COROIDEA INFLAMATORIA EN EL SINDROME DE PRESUNTA  
HISTOPLASMOSIS OCULAR (Autora)

- Comunicaciones en Cátedra de Oftalmología de la Universidad de Murcia:

DESPRENDIMIENTO SEROSO DE RETINA BILATERAL EN  
PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CROHN (octubre 2009)

EXTIRPACIÓN Y RECONSTRUCCIÓN DE TUMORES DE PÁRPADO  
INFERIOR (mayo 2010)

- Comunicación en panel en Congreso Nacional de la Sociedad Española de Oftalmología en Oviedo en Septiembre de 2011:

ECTROPION CICATRICAL TRACOMATOSO: TRATAMIENTO  
QUIRÚRGICO A PROPÓSITO DE UN CASO (Autora)

- Comunicación libre en Congreso de la Sociedad Murciana de Oftalmología en Murcia en Enero de 2012:

MANEJO Y ABORDAJE QUIRURGICO DEL TRAUMA ORBITARIO  
(Autora)

- Comunicación en panel en Congreso Nacional de la Sociedad Española de Oftalmología en Tenerife en Septiembre de 2013:

ABORDAJE QUIRURGICO DE PTOSIS CONGÉNITA MEDIANTE  
RESECCIÓN APONEURÓTICA EN DOS TIEMPOS (Autora)

- Comunicación en panel en el 24 Congreso de la Sociedad Española de Cirugía Oculoplástica y Orbitaria celebrado en Granada en Junio de 2014:

EXENTERACIÓN ORBITARIA EN TUMOR PALPEBRAL: CUANDO ES  
LA ÚNICA OPCIÓN QUIRÚRGICA (Autora)

- Comunicación en panel en el 24 Congreso de la Sociedad Española de Cirugía Oculoplástica y Orbitaria celebrado en Granada en Junio de 2014:

ANGIOSARCOMA DE CANTO INTERNO: "LA PUNTA DEL ICEBERG"  
(Autora)

- Comunicación libre en el 24 Congreso de la Sociedad Española de Cirugía Oculoplástica y Orbitaria celebrado en Granada en Junio de 2014:

DE ORZUELO A GRAN TUMORACIÓN EXOFÍTICA. RETRASO  
DIAGNÓSTICO Y ABORDAJE QUIRÚRGICO (Coautora)

- Comunicación en vídeo en el 90 Congreso de la Sociedad Española de Oftalmología celebrada en Bilbao en Septiembre de 2014:

COLGAJO TARSOCONJUNTIVAL DE HUGHES ASOCIADA A TIRA  
TARSAL PERIÓSTICA: MODIFICACIÓN DE LA TÉCNICA (Coautora)

- Comunicación en panel en el 90 Congreso de la Sociedad Española de Oftalmología celebrada en Bilbao en Septiembre de 2014:

SÍNDROME DE HIPERFERRITINEMIA ASOCIADA A CATARATAS.  
UNA ENTIDAD JOVEN Y DESCONOCIDA (Coautora)

- Comunicación en panel en el 90 Congreso de la Sociedad Española de Oftalmología celebrada en Bilbao en Septiembre de 2014:

EVOLUCIÓN PAQUIMÉTRICA CORNEAL MEDIDA CON TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA EN UN SÍNDROME TÓXICO DEL SEGMENTO ANTERIOR (Coautora)

- Comunicación en panel en el 90 Congreso de la Sociedad Española de Oftalmología celebrada en Bilbao en Septiembre de 2014:

SÍNDROME DE LA SILLA TURCA VACÍA , A PROPÓSITO DE UN CASO (Coautora)

- Comunicación libre en el 7º Congreso de la Sociedad Murciana de Oftalmología celebrado en enero de 2015:

DUDA DIAGNÓSTICA EN SÍNDROME DE PUNTOS BLANCOS: CLÍNICA VERSUS ANGIOGRAFÍA (Coautora)

- Comunicación libre en el 7º Congreso de la Sociedad Murciana de Oftalmología celebrado en enero de 2015:

TRAUMATISMO FACIAL EN PRESCOLAR: SORPRESA FUNDUSCÓPICA (Autora)

- Comunicación libre en el 7º Congreso de la Sociedad Murciana de Oftalmología celebrado en enero de 2015:

TOXOCARIASIS: DE GRANULOMA PERIFÉRICO A SÍNDROME DE TRACCIÓN VITREOMACULAR (Coautora)

- Comunicación libre en el 7º Congreso de la Sociedad Murciana de Oftalmología celebrado en enero de 2015:

EVOLUCIÓN TOPOGRÁFICA EN EL SÍNDROME DE TRACCIÓN VITREOMACULAR BILATERAL: VITRECTOMIA VS PLASMINA (Coautora)

- Comunicación en panel en el 25 congreso de la Sociedad Española de Cirugía Plástica Ocular y Orbitaria celebrado en Salamanca en junio de 2015:

EVOLUCIÓN DE INJERTO DERMOGRASO EN PACIENTE VIH CON LIPODISTROFIA POR ANTIRRETROVIRALES (Autora)

- Comunicación en panel en el 25 congreso de la Sociedad Española de Cirugía Plástica Ocular y Orbitaria celebrado en Salamanca en junio de 2015:

OJO ROJO UNILATERAL DE LARGA EVOLUCIÓN: SORPRESA  
RADIOLÓGICA (Autora)

- Comunicación en panel en el 25 congreso de la Sociedad Española de Cirugía Plástica Ocular y Orbitaria celebrado en Salamanca en junio de 2015:

NECROLISIS DE CANTO INTERNO POR  
DACRIOCISTRORRINOSTOMÍA CON LÁSER DIODO (Coautora)

- Comunicación en panel en el 25 congreso de la Sociedad Española de Cirugía Plástica Ocular y Orbitaria celebrado en Salamanca en junio de 2015:

A LA TERCERA VA LA VENCIDA. QUELOIDE POSTQUIRÚRGICO EN  
CIRUGÍA DE PTOSIS PALPEBRAL (Coautora)

- Comunicación libre en el seminario de invierno de la Sociedad Murciana de Oftalmología en Noviembre de 2015:

PTOSIS PALPEBRAL COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE  
DISECCIÓN CAROTÍDEA (Coautora)

- Comunicación libre en el seminario de invierno de la Sociedad Murciana de Oftalmología en Noviembre de 2015:

RETINOPATÍA ASOCIADA EL CÁNCER: CEGUERA DE RÁPIDA  
EVOLUCIÓN (Coautora)

- Comunicación en panel en el 26 congreso de la Sociedad Española de Cirugía Plástica Ocular y orbitaria celebrado en Bilbao en junio de 2016:

TRIPLE PROCECIMIENTO EN LA CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DEL  
ECTROPIÓN PARALÍTICO SEVERO (Autora)

- Comunicación libre en el 26 congreso de la Sociedad Española de Cirugía Plástica Ocular y orbitaria celebrado en Bilbao en junio de 2016:

COLGAJO EN H: UNA OPCIÓN EN LA RECONSTRUCCIÓN DE  
DEFECTO DE CUTÁNEO IMPORTANTE EN PÁRPADO SUPERIOR  
(Autora)

- Comunicación libre en el seminario de verano de la Sociedad Murciana de Oftalmología celebrado en julio de 2016:

## ADENOCARCINOMA DE CÉLULAS SEBÁCEAS: UN TUMOR DE DELICADO MANEJO (Autora)

- Comunicación libre en el seminario de invierno de la Sociedad Murciana de Oftalmología celebrado en noviembre de 2016:

REPARACIÓN DE DEFECTOS DE PÁRPADO SUPERIOR CON COLGAJO DE AVANCE EN "H" (Autora)

- Comunicación libre en el seminario de invierno de la Sociedad Murciana de Oftalmología celebrado en noviembre de 2016:

REVISIÓN DE TUMORES DE CANTO INTERNO OPERADOS EN 7 LA SECCIÓN DE OCULOPLÁSTICA DEL CHUC (Autora)

## **CURSOS Y CONGRESOS**

### **CURSOS IMPARTIDOS**

- Curso de Oftalmología en Atención Primaria organizado por el Sindicato Médico de la Región de Murcia de 20 horas lectivas en Junio de 2009.

- Participación como docente en Foro Pediátrico de Cartagena en Enero 2012 con la conferencia extraordinaria

MESA REDONDA SOBRE OFTALMOLOGIA PEDIÁTRICA

- Ciclo de videoconferencias Univadis en Abril 2012:

TÉCNICAS DE RECONSTRUCCIÓN EN TUMORES PALPEBRALES

- I Curso de cirugía oculoplástica, orbitaria y de la vía lagrimal en directo en el Hospital Vinalopó de Elche en Marzo de 2014.

- III Update MD en AP Murcia, celebrado en Águilas en mayo de 2014.

- I Jornada de Cirugía Oculoplástica en Cadáver celebrado en la Facultad de Medicina de la Universidad de Murcia en junio de 2016.

## **CURSOS REALIZADOS Y ASISTENCIA A CONGRESOS**

- Programa de formación Provisión de la Academia Americana de Oftalmología (series 3 y 4)
- Curso Retinatest: “Plataforma de e-learning de formación médica continuada en retina durante el año 2010 dotado de 150 horas lectivas de duración.
- Realización de ciclos de Videoconferencias de la plataforma Univadis desde el año 2010 hasta la actualidad.
- Asistencia a Curso de actualización en Patología Macular celebrado en Oviedo en Junio de 2005.
- Asistencia a Congreso Nacional de la Sociedad española de Oftalmología celebrado en Zaragoza en Septiembre del 2005.
- Asistencia a Curso Básico de Refracción para Residentes celebrado en Madrid en el Instituto Oftálmico Gregorio Marañón en Noviembre del 2002.
- Asistencia en el “Curso Monográfico de Iniciación a la Oftalmología” impartido en la Universidad Complutense de Madrid en el Instituto Ramón Castroviejo durante el mes de Febrero del 2006 de 160 horas de duración con la obtención de diploma de asistencia y de examen de conocimientos teóricos.
- Asistencia a Curso “Inicio a Facoemulsificación” celebrado en Madrid en Mayo de 2006.
- Asistencia a Curso “Reconversión a la extracapsular” celebrado en Madrid en Junio de 2006.
- Asistencia a Congreso del SECOIR en Oviedo en Mayo 2006.

- Asistencia a jornadas nacionales para médicos residentes de oftalmología en Junio de 2006 en Granada.
  
- Asistencia a Congreso Nacional de Oftalmología celebrado en La Coruña en Septiembre de 2006.
  
- Asistencia a curso básico de Estrabología celebrado en Barcelona (Instituto Dexeus) en Enero de 2007.
  
- Asistencia a la reunión “Faco-Elche: entre palmeras” en Febrero de 2007.
  
- Asistencia a XI Congreso de la Sociedad Española de Retina y Vítreo celebrado en Madrid en Febrero de 2007.
  
- Asistencia a “Curso de Actualización en Neuro-Oftalmología” celebrado en Madrid de Marzo del 2007.
  
- Asistencia a Congreso Nacional de Estrabología en Abril del 2007 en Murcia.
  
- Asistencia a curso de Actualización en retina y vítreo celebrado en Oviedo en Junio de 2007 en el Instituto Oftalmológico Fernández-Vega.
  
- Asistencia a jornadas nacionales para médicos residentes de oftalmología en Junio de 2007 en Lisboa.
  
- Asistencia a Congreso Nacional de Oftalmología en Las Palmas en Septiembre de 2007.
  
- Asistencia a XII Congreso de la Sociedad Española de Retina y Vítreo celebrado en Zaragoza en Febrero de 2008.
  
- Asistencia a VII curso de actualización para residentes de Oftalmología celebrado en Valencia en Marzo de 2008.

- Asistencia a Congreso del SECOIR en Madrid en Mayo 2008.
  
- Asistencia a Congreso Nacional de Oculoplástica celebrado en Valladolid en Junio de 2008.
  
- Asistencia a IV jornada de actualización en Retina en Junio de 2008 celebrado en Oviedo.
  
- Asistencia a 84 Congreso de la Sociedad Española de Oftalmología en Septiembre de 2008.
  
- Asistencia a Congreso del Grupo Español Multicéntrico de Uveítis en Valencia en Febrero de 2009.
  
- Curso de Formación continuada en Glaucoma, superando evaluación mediante examen, con duración de 60 horas lectivas.
  
- Asistencia a seminarios de la Cátedra de Oftalmología de la Universidad de Murcia durante los años 2009, 2010, 2011.
  
- Asistencia a segundo congreso de la Sociedad Murciana de Oftalmología en enero 2010.
  
- Asistencia a Curso de Cavidad Anoftálmica en Santiago de Compostela en Junio 2010.
  
- Asistencia a Congreso de la Sociedad Española de Cirugía Oculoplástica y Orbitaria en Santiago de Compostela en Junio de 2010.
  
- Asistencia a Congreso de la Academia Americana de Oftalmología en Chicago en Febrero de 2010.

- Asistencia a Subespeciality day Oculofacial Plastic Surgery en Chicago en Octubre 2010.
  
- Asistencia a Curso de Oculoplástica en Madrid en Noviembre de 2010.
- Asistencia a Congreso de la Sociedad Catalana de Oftalmología en Barcelona en Noviembre de 2010.
  
- Asistencia a tercer Congreso de la Sociedad Murciana de Oftalmología en Enero de 2011.
  
- Asistencia a Congreso de la Sociedad Española de Oftalmología en Septiembre de 2011
  
- Asistencia a Congreso de la Sociedad Murciana de Oftalmología en Enero 2012.
  
- Curso de Formación continuada en Oftalmología: Navegando en el glaucoma, superando evaluación mediante examen equivalente a 26 horas lectivas.
  
- Curso de Formación continuada en diagnóstico de glaucoma superado mediante evaluación con examen equivalente a 60 horas lectivas.
  
- Curso on-line de la plataforma Univadis: Prueba acreditación de cirugía menor
  
- Curso on-line de la plataforma Univadis: Grabaciones en Oftalmología
  
- Curso on-line de la plataforma Univadis: Curso de Campos Visuales (módulos 1, 2, 3, 4)
  
- Asistencia a VI simposium Internacional de Oculoplástica y Órbita en Santiago de Compostela en mayo de 2013.
  
- Curso on-line de formación médico continuada: "Técnicas de Cirugía Ocular" en febrero de 2014.

- Programa Step el siguiente paso en retina médica en abril de 2014.
  
- Curso on-line de formación médico continuada: Programa e-clinic 2013- la comunicación en la consulta en mayo de 2014.
  
- Asistencia a 24 congreso de la Sociedad Española de Cirugía Plástica Ocular y Orbitaria en Junio de 2014.
  
- Asistencia a 6º curso de formación continuada de la SECPOO en junio de 2014.
  
- Asistencia a 90 congreso de la Sociedad Española de Oftalmología en septiembre de 2014
  
- Asistencia a la 5º edición del curso de Formación teórica en cirugía Oculoplástica en Noviembre de 2014.
  
- Asistencia a la 7º reunión de la Sociedad Murciana de Oftalmología en enero de 2015.
  
- Asistencia al curso Barcelona Oculoplastics. Avances en cirugía palpebral celebrado en el Instituto de Microcirugía Ocular en Barcelona en abril de 2015.
  
- Asistencia a 25 congreso de la Sociedad Española de Cirugía Plástica Ocular y Orbitaria en Junio de 2015.
  
- Asistencia a 7º curso de formación continuada de la SECPOO en junio de 2015.
  
- Asistencia a 31 congreso de la Sociedad Española de Cirugía Ocular Implanto Refractiva celebrado en Murcia en mayo de 2016.

- Asistencia a 26 congreso de la Sociedad Española de Cirugía Plástica Ocular y Orbitaria en Junio de 2016.

- Asistencia a 8º curso de formación continuada de la SECPOO en junio de 2016.

- Asistencia a la 6º edición del curso de Formación teórica en cirugía Oculoplástica en Noviembre de 2016.

## **SOCIEDADES CIENTÍFICAS**

- Miembro de la Academia Americana de Oftalmología

- Miembro de la Sociedad Murciana de Oftalmología

- Miembro de la Sociedad Española de Cirugía Orbitaria y Oculoplástica.

- Miembro de Foro Pediátrico de Cartagena

## **OTROS MÉRITOS**

- Idiomas: Gallego (nivel alto, Celga IV)

Inglés (nivel medio-alto, 4º año Escuela Oficial de Idiomas; Curso nivel medio-alto Escuela de Idiomas de Reading)

- Informática: nivel usuario en Windows XP, Windows Vista y SPSS versión 15 para Windows.

- Grado elemental y parte de medio de Piano (5º Piano, carrera completa Solfeo, Canto Coral y Armonía).

- Carnet de conducción B1, dispongo de vehículo propio.

