

# TRABAJO FIN DE MÁSTER

## PROYECTO DE GESTION DE UNA UNIDAD ASISTENCIAL DE OFTALMOLOGIA



**Alumno:** Martínez Rubio, M<sup>a</sup> Magdalena

**Tutor:** Soriano Cano, Francisco

**Master Universitario en Gestión Sanitaria**

**Curso: 2017-2018**

## ÍNDICE

### 1.-PRESENTACIÓN Y PROPÓSITO DEL DOCUMENTO

- 1.1.- Fundamento del Proyecto.....1
- 1.2.- Definición de la especialidad de Oftalmología..... 2

### 2.-MARCO LEGISLATIVO GENERAL Y CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA SANITARIO DONDE SE LOCALIZA LA SECCIÓN DE OFTALMOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE.

- 2.1.- Marco Legislativo general.....3
- 2.2.- Características y Descripción del Sistema Sanitario de la Comunidad Valenciana.....4

### 3.-ANÁLISIS ESTRATÉGICO DE LA SITUACIÓN

#### Análisis Externo:

- 3.1.- Demografía y población asistida.....9
- 3.2.- Recursos sanitarios del Departamento de Salud Alicante- Hospital General (DSAHG).....11
- 3.3.- Recursos estructurales del DSAHG.....13
- 3.4.- Actividad Asistencial, Docente e Investigación del DSAHG.....14

#### Análisis Interno:

- 3.5.- Estructura Funcional y Recursos Materiales.....15
  - 3.5.1.- Hospitalización.
  - 3.5.2.- Consultas Externas Hospital
  - 3.5.3.- Quirófano. CMA. Infantil. Banco de ojos
  - 3.5.4.- Centro de Especialidades Babel
  - 3.5.5.- Centro de Especialidades San Vicente

3.6.- Recursos Humanos.....	19
3.7.- Cartera de Servicios.....	20
3.8.- Organización funcional del Servicio.....	21
3.8.1.- Circuito de pacientes y Distribución de Trabajo	
3.8.2.- Quirófano	
3.8.3- Consultas Externas	
3.8.4.- Hospitalización	
3.8.5.- Guardias	
3.8.6.- Consultas Centros de Especialidades	
3.9.- Análisis de la Actividad Asistencial del Servicio.....	26
3.9.1.- Hospitalización	
3.9.2.- Consultas Externas	
3.9.3.- Actividad quirúrgica	
3.9.4.- Análisis de Lista de Espera Quirúrgica (LEQ)	
3.9.5.- Áreas susceptibles de mejora	
3.9.6.- Previsión de la demanda	
3.10.- Actividad Docente.....	33
3.11.- Investigación.....	34
<b>Núcleo estratégico: Misión, visión y valores.....</b>	<b>35</b>
<b>Matriz DAFO-CAME del Análisis Estratégico.....</b>	<b>36</b>

## **4- PLAN DE ACTUACIÓN DE UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE OFTALMOLOGÍA: LÍNEAS ESTRATÉGICAS, OBJETIVOS Y PLANES DE ACCIÓN**

### **4.1.- Línea Estratégica 1: Gestión clínica eficiente. Mejora asistencial.....41**

- Objetivo 4.1.1.-Cumplimiento acuerdos de gestión
- Objetivo 4.1.2.-Objetivos financieros y de sostenibilidad de la Unidad
- Objetivo 4.1.3.-Defenicion e implantación de consulta de alta resolución en Consultas Externas Oftalmología
- Objetivo 4.1.4.-Aplicar TIC´s en atención sanitaria de procesos oftalmológicos
- Objetivo 4.1.5.-Mejorar la atención en Centros de Especialidades
- Objetivo 4.1.6.-Crear un área de tratamiento de enfermedades de Retina en la Unidad

### **4.2.- Línea Estratégica 2: Atención centrada en el paciente.....47**

- Objetivo 4.2.1.- Analizar las necesidades y expectativas de los pacientes para incorporarla al diseño de los procesos
- Objetivo 4.2.2.- Mejorar la percepción de calidad nuestros pacientes en relación a la información y la comunicación

### **4.3.- Línea Estratégica 3: Plan de calidad total.....48**

- Objetivo 4.3.1.- Definir e Implantar un Sistema de Gestión de calidad basado en la normalización y enfoque a procesos
- Objetivo 4.3.2 – Diseñar y desplegar vías clínicas en las patologías más prevalentes.

#### **4.4.- Línea Estratégica 4: Gestión de riesgos en seguridad del paciente en Oftalmología.....52**

- Objetivo 4.4.1.- Fomentar la identificación y notificación de los efectos adversos mediante los procedimientos implantados en el Hospital (SINEA).
- Objetivo 4.4.2.- Definir e implantar la gestión de Riesgos y Seguridad del paciente según la Norma UNE 179003-2013 integrada en el sistema de calidad

#### **4.5.-Línea Estratégica 5: Mejora de la continuidad asistencial.....56**

- Objetivo 4.5.1.-Mejorar la continuidad asistencial con Atención Primaria
- Objetivo 4.5.2.-Mejorar el programa de Telemedicina para Retinopatía Diabética

#### **4.6.- Línea Estratégica 6: Mejora del proceso docente de Oftalmología.....59**

#### **4.7.- Línea Estratégica 7: Fomento de la investigación..... 59**

#### **4.8.- Línea Estratégica 8: Visibilidad de la Unidad .....60**

- Objetivo 4.8.1.-Plan de comunicación externa
- Objetivo 4.8.2.- Creación de una página web de la Unidad

#### **4.9.- Línea Estratégica 9: Liderazgo y Gestión participativa..... 61**

- Objetivo 4.9.1.- Liderazgo compartido y desarrollo de trabajo en equipo

#### **4.10.- Línea Estratégica 10: Definir y desplegar un cuadro de mandos integral para seguimiento y gestión de la Unidad..... 61**

<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	63
<b>ANEXO 1.- Curriculum Vitae</b> .....	66



## RESUMEN

El objetivo de este Trabajo Fin de Master es elaborar una Memoria de Gestión que describa la organización, estructura y cartera de servicios, así como como objetivos asistenciales, de calidad y seguridad del paciente, económica, docente y de investigación de una Unidad de Gestión Clínica de Oftalmología del Hospital General Universitario de Alicante (HGUA).

El Proyecto describe la especialidad de Oftalmología, Marco Legislativo, Análisis Estratégico externo e interno, Análisis DAFO que nos permitirá elaborar una planificación estratégica y propuesta de futuro de la Unidad, elaborar una planificación estratégica definiendo las líneas estratégicas, objetivos y planes de acción y por ultimo control y seguimiento de los planes de acción con un cuadro de mandos integral para evaluación de los resultados.

## ABSTRACT

The aim of this Master's work is to develop a management report that describes the organization, structure and portfolio of services, as well as the objectives of care, quality and safety of the patient, economic, teaching and Research Unit of Clinical management of ophthalmology of the Hospital General Universitario de Alicante (HGUA).

The project describes the specialty of ophthalmology, legislative framework, strategic external and internal analysis, DAFO analysis that will allow us to elaborate a strategic planning and future proposal of the unit, to elaborate a strategic planning defining the strategic lines, objectives and action plans and finally control and follow-up of the action plans with an integral scorecard for evaluation of the result.

## **1.-PRESENTACIÓN Y PROPÓSITO DEL DOCUMENTO**

### **1.1.- Fundamento del Proyecto**

El objetivo de este Trabajo Fin de Master es elaborar una Memoria de Gestión que describa la organización, estructura y cartera de servicios, así como como objetivos asistenciales, de calidad y seguridad del paciente, económica, docente y de investigación de una Unidad de Gestión Clínica de Oftalmología del Hospital General Universitario de Alicante (HGUA).

Las Unidades de Gestión Clínica son unidades asistenciales, que pueden coincidir con un servicio clínico, con una unidad funcional, un área de apoyo, o una unidad de cuidados cuyas actividades se articulan según criterios de gestión clínica. Se establece que cuando se trate de recursos con un solo servicio se podrán formar unidades de gestión clínica, que, organizadas con una estructura matricial y basadas en criterios de gestión clínica, sean capaces de lograr una autogestión eficiente de toda su actividad así como de los recursos asignados.

Ha sido elaborado a partir de la información contenida en el Plan de Salud de la Comunidad Valenciana 2016-2020<sup>(1)</sup>, el Plan estratégico del HGUA<sup>(2)</sup>, la Memoria 2016 del Departamento de Salud Alicante-Hospital General (DSAHG) (última publicada)<sup>(3)</sup>, así como de los acuerdos de Gestión del Servicio de Oftalmología, y de otras informaciones recabadas en el propio Centro, de la bibliografía consultada y de la propia experiencia de la autora.

El orden a seguir es el siguiente: una introducción con la presentación y fundamento del proyecto. Después se describe la especialidad de Oftalmología, Marco Legislativo, Análisis Estratégico externo e interno, Análisis DAFO que nos permitirá elaborar una planificación estratégica y propuesta de futuro de la Unidad, definiendo las líneas estratégicas, objetivos y planes de acción y por último control y seguimiento de los planes de acción con un cuadro de mandos integral para evaluación de los resultados.

## 1.2.- Definición 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. La Oftalmología constituye una de las llamadas Especialidades de la primera generación e históricamente fue la primera que adquirió acreditación académica y aceptación social como tal Especialidad. El fundamento de ésta especialidad, radica en la especificidad anatómica y funcional del aparato visual. Constituye un ejemplo típico de especialidad, no presentando problemas de identidad ni de delimitación debido tanto a la precocidad de su aparición, como a la concreta delimitación de sus contenidos, tanto desde el punto de vista anatómico como desde el instrumental y técnico. No obstante, esta clara delimitación e identidad de la Oftalmología no significa que no existan relaciones estrechas con la Medicina General y el resto de las especialidades médicas. Al contrario, la gran riqueza en manifestaciones oculares de las enfermedades sistémicas establece importantes vínculos de comunicación y colaboración con otras especialidades al tiempo que exige una completa formación como Médico Oftalmólogo. La Oftalmología es una especialidad con gran demanda asistencial y tendrá una demanda importante en los próximos años por el envejecimiento progresivo de la población, y las enfermedades oculares más prevalentes relacionadas con la edad: Cataratas, Degeneración macular asociada a la edad, Glaucoma y Retinopatía Diabética con un gran impacto social y económico.

Para acceder a la especialidad es preciso superar una prueba selectiva de carácter anual convocada por el Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad (MIR).

La duración de la formación en Oftalmología es de cuatro años.

## **2.-MARCO LEGISLATIVO GENERAL Y CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA SANITARIO DONDE SE LOCALIZA LA SECCIÓN DE OFTALMOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE.**

### **2.1.- Marco Legislativo y Contexto general**

En 1978 la *Constitución Española* estableció, en su artículo 43, el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria de todos los ciudadanos. En su artículo 41 insta a los poderes públicos el deber de organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios <sup>(4)</sup>.

En desarrollo del mandato constitucional se promulgó la *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad*, norma que además de reconocer el derecho a la salud de todos los ciudadanos, sentó las bases de una nueva organización del sistema sanitario español, el Sistema Nacional de Salud <sup>(5)</sup>.

La *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud*, estableció acciones, mecanismos e instrumentos de coordinación y cooperación de las diferentes administraciones públicas sanitarias, con el objetivo de garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud <sup>(6)</sup>.

El *Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre*, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud. La cartera de servicios comunes del SNS debe garantizar la atención integral y la continuidad asistencial prestada a los pacientes/usuarios <sup>(7)</sup>.

El *Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, de Medidas Urgentes para garantizar la Sostenibilidad del SNS y mejorar la Calidad y Seguridad de sus Prestaciones*: modifica la condición de asegurado explicitando que en España son titulares de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, aquellas personas que tienen la condición de asegurado. Se acota, por tanto, la Universalidad de la asistencia, principalmente, a los extranjeros <sup>(8)</sup>.

El ejercicio del derecho a la salud de los españoles, como reconoce la Constitución y las diferentes Leyes que lo regulan, está sustentado en una serie de principios o características, que son:

- 1.- Universalidad de los servicios sanitarios y Financiación pública.
- 2.- Derechos y deberes definidos para ciudadanos y poderes Públicos.
- 3.- Descentralización política de la sanidad en las C. Autónomas.
- 4.- Prestación de una atención integral de la salud
- 5.- Integración de las diferentes estructuras de salud del Estado y Comunidades Autónomas en el Sistema Nacional Salud (SNS).

## **2.2.- Características y descripción del sistema Sanitario de la Comunidad Valenciana**

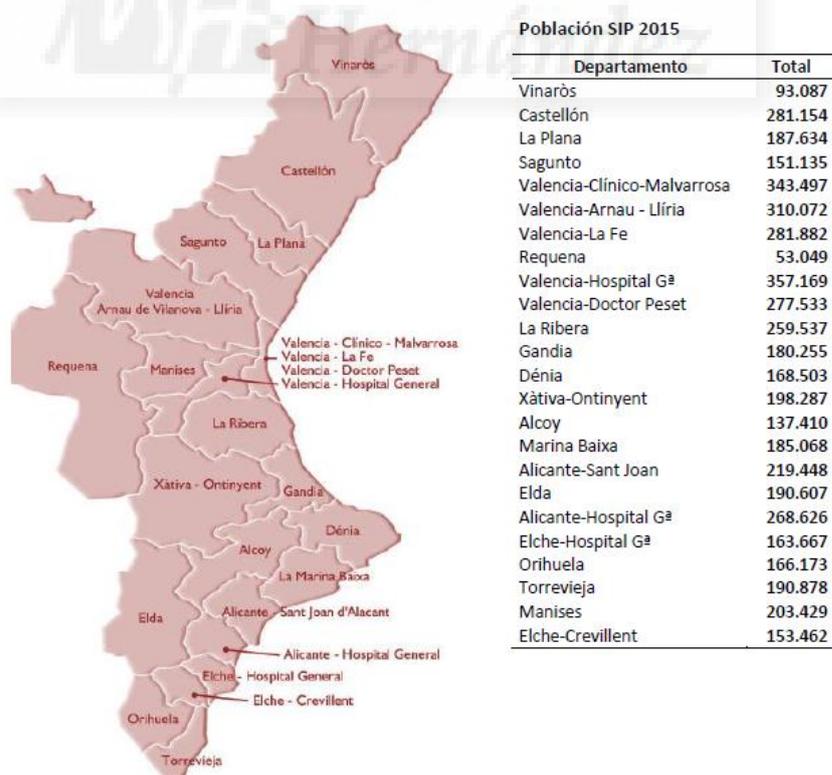
En nuestro ámbito autonómico, las competencias sanitarias de la Generalitat quedaron definidas en el artículo 54 del Estatuto de Autonomía, aprobado mediante Ley Orgánica 5/1982, de 1 de julio y modificado, entre otras, por la Ley Orgánica 1/2006, de 10 de abril. En dicho precepto se confiere a la Generalitat la competencia exclusiva en materia de organización, administración y gestión de todas las instituciones sanitarias públicas dentro del territorio de la Comunidad Valenciana.

La Comunidad Valenciana vio traspasadas las competencias sanitarias en el año 1987 a través del Real Decreto 1612/1987, de 27 de noviembre. Traspaso que fue efectivo a partir del 1 de enero de 1988. Fue la cuarta autonomía en recibirlas tras Cataluña (1981), Andalucía (1984) y País Vasco (1987).

*La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad*, en su artículo 56, dispone que “Las Comunidades Autónomas delimitarán y constituirán en su territorio demarcaciones denominadas Áreas de Salud. En nuestro ámbito autonómico, es el *artículo 13 de la Ley 10/2014* el que determina que el Sistema Valenciano de Salud se ordena en Departamentos de Salud, que equivalen a las Áreas de Salud contempladas en la Ley General de Sanidad.

Los Departamentos de Salud son definidos como las estructuras fundamentales del Sistema Valenciano de Salud, siendo las demarcaciones geográficas en las que queda dividido el territorio de la Comunidad Valenciana a los efectos sanitarios, artículo 14 de nuestra ley de salud que determina que el Mapa Sanitario de la Comunidad Valenciana es el instrumento estratégico para la planificación y gestión sanitaria, que permite la ordenación del territorio de la Comunidad Valenciana en diferentes demarcaciones geográficas: Departamentos de Salud y Zonas Básicas de Salud. Los Departamentos de Salud ofrecen asistencia sanitaria Primaria y Especializada a poblaciones de 200.000/250.000 habitantes. Se dividen geográficamente en Zonas Básicas de Salud (ZBS) de 5000/25000 habitantes con equipo sanitario de Atención Primaria (EAP) en donde se organiza la asistencia primaria (Centros de Salud y Consultorios Locales). Las Áreas/Departamentos prestan asistencia especializada tanto a nivel ambulatorio (Centro/os de Especialidades) como a nivel hospitalario (ambulatoria en Consultas Externas y en internamiento)<sup>(2)</sup>.

En 2016, el territorio valenciano está estructurado en 24 Departamentos de Salud y 24 Zonas Básicas de Salud (ZBS) (*Figura 1*).



*Figura 1.-Departamentos de Salud y población por Departamento. SIP2016*

El modelo de Gestión Sanitaria valenciana se basa en la descentralización (24 Departamentos de Salud con un alto grado de autonomía) y comprende cuatro principios básicos: financiación capitolativa, gestión integral de la asistencia sanitaria, facturación de la asistencia sanitaria entre departamentos a través de la aplicación informática COMPAS y dirección por objetivos. En 1999 se construye en Alzira el primer hospital público gestionado bajo la modalidad de concesión administrativa. Este modelo de gestión indirecta, conocido como "Modelo Alzira", se sostiene bajo cuatro pilares fundamentales: propiedad pública, control público, financiación pública y gestión privada. Actualmente hay 4 Departamentos gestionados por el modelo de concesión administrativa (Modelo Alzira), tras realizarse la reversión del Hospital de Alzira (Tabla 1)

Hospitales de la red pública valenciana		
Provincia	Denominación	Tipo de gestión
<b>Hospitales de agudos</b>		
Castellón	H. Vinaròs	Pública
	H. G <sup>º</sup> Castellón	Pública
	Consorcio Hospital Provincial Castellón *	Consorcio *
	H. la Plana de Villarreal	Pública
	H. Sagunto	Pública
	H. complementario la Malvarrosa	Pública
	H. Clínico Universitario	Pública
Valencia	H. Arnau de Vilanova	Pública
	H. Liria	Pública
	H. General Universitario La Fe	Pública
	H. l'Horta Manises	Concesión
	H. General de Requena	Pública
	Consorcio H. General Universitario	Consorcio **
	H. Dr. Peset Aleixandre	Pública
	H. Alzira (La Ribera)	Concesión
	H. "Francisco de Borja" de Gandia	Pública
	H. "Lluís Alcanyis" de Xàtiva	Pública
	H. complementario de Ontinyent	Pública
	H. "Marina Alta" (Denia)	Concesión
	H. » Verge dels Liris" d'Alcoi	Pública
H. "Marina Baja" de la Vila Joiosa	Pública	
Alicante	H. San Juan d'Alacant	Pública
	H. G <sup>º</sup> Elda	Pública
	H. G <sup>º</sup> Alicante	Pública
	H. G <sup>º</sup> Elche	Pública
	H. del Vinalopó de Elche	Concesión
	H. Vega baja (Orihuela)	Pública
	H. Torrevieja	Concesión

Memoria de gestión de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Año 2015

Tabla 1.- Hospitales de la red pública valenciana y tipo de gestión 2016

El Sistema Valenciano de Salud se organiza en dos entornos o niveles asistenciales:

- Atención Primaria.
- Atención Especializada.

La Atención Primaria pone a disposición de la población una serie de servicios básicos en una isócrona de 15 minutos desde cualquier lugar de residencia. Por tanto, es la encargada de acercar los servicios sanitarios básicos al lugar de residencia de los usuarios. En este ámbito los dispositivos asistenciales principales son los centros de salud, donde trabajan equipos de Atención Primaria (EAP) caracterizados por ser multidisciplinarios

La Atención Especializada es un nivel de asistencia que se presta a los pacientes superiores a la atención primaria, realizada por médicos especialistas y se presta a petición de los facultativos de atención primaria; se realiza en los hospitales en régimen de internamiento, en las consultas externas de centros de especialidades y en los hospitales de día. La Atención Especializada garantizará la continuidad de la atención integral al paciente, una vez superadas las posibilidades de la Atención Primaria y hasta que aquél pueda reintegrarse en dicho nivel. Cabe destacar dentro del ámbito de la Atención Especializada, el auge y la extensión de nuevas modalidades asistenciales, que favorecen una mayor eficiencia y calidad en la atención a los pacientes y que suponen una clara alternativa a la hospitalización tradicional: las unidades de hospitalización de día, la cirugía mayor ambulatoria (CMA) y las unidades de hospitalización a domicilio, estas últimas permiten prestar atención especializada de rango hospitalario en el domicilio del paciente, y las unidades médicas de corta estancia.

En 2016, la población de la Comunidad Valenciana ha sido de 4.959.968 habitantes. El porcentaje de población mayor de 65 años en la Comunidad Valenciana es del 18,51%, teniendo en la provincia de Alicante una población ligeramente más envejecida (19,07%). La esperanza de vida al nacer se sitúa en la Comunidad Valenciana en 82.28 años (79,6 en hombres y 84,95 mujeres).

La Ley de Ordenación Sanitaria de 2003 incorporó el mandato de establecer planes periódicos de salud para marcar las políticas de salud a desarrollar en la Comunidad Valenciana. El Plan de Salud, constituye el punto

de referencia y la hoja de ruta que debe marcar el desarrollo de las políticas de salud, e implica el compromiso explícito que adquiere el Gobierno Valenciano en su conjunto de impulsar y contribuir al desarrollo de políticas públicas saludables desde los diferentes departamentos que lo constituyen. El IV Plan de Salud 2016-2020 apuesta por una reorientación y reorganización asistencial del sistema sanitario, con el fin de abordar los principales retos que imponen el envejecimiento de la población y el predominio de las enfermedades crónicas. Vincula sus objetivos con los establecidos en los acuerdos de gestión del Sistema Valenciano de Salud <sup>(1)</sup>.

El IV Plan de Salud adopta el lema “Salud en todas las edades. Salud en todas las políticas” y se configura en torno a cinco grandes líneas estratégicas:

- 1.- La innovación y reorientación del sistema sanitario
- 2.- Su orientación hacia la cronicidad
- 3.- La necesidad de reducir las desigualdades en salud
- 4.- el cuidado de la salud en todas las etapas
- 5.- Promover la salud en todos los entornos de la vida.

Los Acuerdos de gestión de los Departamentos de Salud, establecen los compromisos de unos objetivos comunes de mejora para el conjunto del sistema sanitario y sirven de instrumento para: 1) Alinear las actuaciones estratégicas de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública con las líneas de actuación, expresadas en objetivos concretos y medibles, de los departamentos de salud y de otros centros o servicios supradepartamentales 2) Incentivar a profesionales que atienden a la población de un departamento, orientando la diferenciación retributiva en función del cumplimiento de objetivos de calidad y eficiencia (sistema de carrera profesional y productividad variable del personal adscrito a las Instituciones Sanitarias).

### 3.-ANÁLISIS ESTRATÉGICO DE LA SITUACION

#### Análisis Externo

##### 3.1.-Datos Demográficos y Población Asistida

El Servicio de Oftalmología es uno de los Servicios del Hospital General Universitario de Alicante, Hospital de referencia del Departamento de Salud Alicante-Hospital General (DSAHG).

El DSAHG es uno de los 24 Departamentos de Salud de la Comunidad Valenciana. EL DSAHG puede considerarse inmerso en la comarca natural de l'Alacantí. Ocupa una extensión de 361,1 kilómetros cuadrados, en su mayoría suaves llanos inclinados con una orografía poco montañosa excepto en su zona norte.

La población asignada por el Sistema de Información Poblacional (SIP) al DSAHG, en enero de 2017, ascendía a 267.960 habitantes. Demográficamente, la estructura de la población del Departamento de Salud de Alicante-Hospital General confirma su tendencia al envejecimiento, con un 17,25 % de población con edad superior a 65 años, propiciada por el descenso registrado en la natalidad, así como por el incremento en la esperanza de vida de la población (Figura 2).

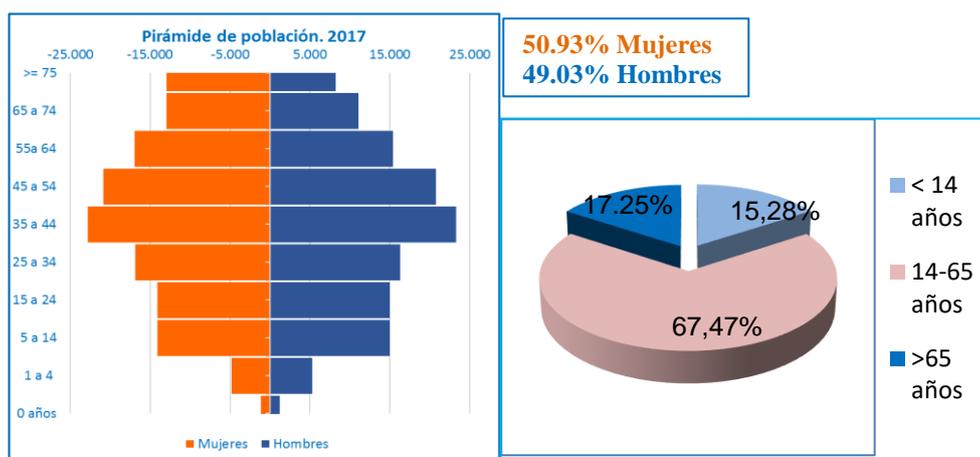


Figura 2: Pirámide población Departamento de Salud Alicante Hospital General .SIP 2016

El Servicio de oftalmología presta atención especializada a 4 municipios y 6 partidas de municipio, y sus respectivos Centros de Salud: 10 Centros de Salud (C.S) y 5 consultorios auxiliares articulados en 10 Zonas Básicas de Salud (Tabla 2).

**Poblaciones a las que atiende:**

Alicante
Agost
Monforte del Cid
San Vicente del Raspeig

**Partidas del municipio de Alicante:**

Moralet
Verdegás
La Alcoraia
La Canyada
El Rebolledo
Villafranqueza

10 ZONAS BÁSICAS DE SALUD	POBLACIÓN
ZONA1: C S. Campoamor	30942
ZONA 2: C S. Babel C.S San Gabriel	32054
ZONA 3: C Florida Rebolledo	33509
Zona 4 : C.S San Blas	30250
ZONA 5: C S. Los Ángeles	33509
ZONA 6; C S. Parque lo Morant	27151
ZONA 7: C S. Ciudad Jardín Villafranqueza	19549
ZONA 8: C S. Agost	4694
ZONA 9: C S. Monforte	7285
ZONA 10: C.S San Vicente I La Canyada C.S San Vicente II Colonia Sta. Isabel	30411  30242

Tabla 2.- Dispositivos Asistenciales de Atención Primaria y población asignada. DSAHG

31 diciembre 2016(Memoria Gestión 2016)

### 3.-2.- Recursos sanitarios del Departamento de Salud Alicante-Hospital General

En relación a los recursos humanos la plantilla del DSAHG está formada por 3.913 trabajadores en diciembre de 2016, distribuida según se muestra en Tabla 3.

Tabla 1. Recursos humanos. DSAHG 2016

PERSONAL PLANTILLA Categoría	Total		A. Especializada		A. Primaria		Salud Mental	
	Núm.	%	Núm	%	Núm	%	Núm	%
Personal directivo	12	0,3%	10	83,3%	2	16,7%		
Personal facultativo	772	20,1%	544	70,5%	213	27,6%	15	1,9%
Personal sanitario	2.045	52,8%	1.797	87,9%	226	11,1%	22	1,1%
Personal no sanitario	792	19,2%	637	80,4%	151	19,1%	4	0,5%
Personal en formación	292	7,6%	251	86,0%	41	14,0%		
<b>Total Plantilla</b>	<b>3.913</b>	<b>100,0%</b>	<b>3.239</b>	<b>82,8%</b>	<b>633</b>	<b>16,2%</b>	<b>41</b>	<b>1,0%</b>

Tabla 3.- Recursos Humanos DSAHG 2016

Los dispositivos asistenciales de Atención especializada del DSAHG son:

- Hospital General Universitario de Alicante
- Centro de Especialidades de Babel
- Centro de Especialidades de San Vicent del Raspeig ubicado en el área de consultas del Hospital HACLE San Vicente, aportando el DSAHG el personal facultativo. (Tabla 8).

El Hospital General Universitario de Alicante es por tamaño y recursos el segundo Hospital de la Comunidad Valenciana, situándose como un hospital de tercer nivel, dotado de una cartera de servicios con prácticamente todas las especialidades médicas y quirúrgicas de adultos e infantiles, cuenta con equipamiento de última generación en las áreas de diagnóstico y tratamiento.

-En las Tablas 4 y 5 se detallan la Cartera de Servicios de Atención Especializada en HGUA que se articula en las áreas médica, quirúrgica, central,

servicios especiales y de apoyo, servicios y unidades de referencia y unidades multidisciplinares.

Área Médica	Área Quirúrgica	Área Central
Alergología	Anestesia y Reanimación	Análisis Clínicos
Cardiología	COT	Anatomía Patológica
Digestivo	COT infantil	Biobanco
Endocrinología	Cirugía general y Ap. Digestivo	Hematología diagnóstica
Hematología clínica	Cir. Bariátrica	Banco de Sangre
Medicina Interna	Cir. Cardíaca	Farmacología clínica
Nefrología	Cir. Vascular	Farmacia Hospitalaria
Neumología	Cir. Pediátrica	Inmunología
Neurología	Cir. Plástica	Medicina Intensiva
Oncología	Unidad de Quemados	UCI Pediátrica
Oncología infantil	Cir. Torácica	Medicina Preventiva
Pediatría	Dermatología	Microbiología
Reumatología	Ginecología y Obstetricia	Neurofisiología
UCI neonatal	Neurocirugía	Rehabilitación
Unidad de Corta Estancia	Oftalmología	SAIP
Unidad de Enfermedades Infecciosas	Otorrinolaringología	Servicio de Admisión y Documentación Clínica
Unidad de Enfermedades Minoritarias	Urología	Unidad de Trabajo Social
Atención a personas privadas de libertad de la provincia	Unidad Patología Mamaria	Urgencias Generales y Materno-infantiles
	Odontología especial	

Tabla 4.- Cartera de Servicios del HGUA: Áreas médicas y quirúrgicas HGUA

Servicios Especiales y de Apoyo	Servicios y Unidades de Referencia	Unidades Multidisciplinares
Hospital de Día	Anestesia infantil	Hemodinámica
General	Cir. Cardíaca	Litotricia
Polivalente	Cir. Pediátrica	Nefrología
Oncología infantil	Cir. Torácica	Neurocirugía
Unidad de Enfermedades Infecciosas	Cir. Vascular	Neurorradiología
U. Hospitalización a Domicilio	Cirugía Plástica infantil	Oncología infantil
Pediátrica	COT de columna	Radiología intervencionista
Adultos	COT infantil	UCI Neonatal
Unidad de Calidad	COT rodilla	Unidad de Diabetes
Prevención de Riesgos Laborales	Fecundación in Vitro (FIV)	Unidad de enfermedades Importadas
Gabinete de Comunicación	Hematología	Unidad de Quemados
Docencia		
Biblioteca		

Tabla 5-Servicios especiales y de apoyo, servicios y unidades de referencia y unidades multidisciplinares DSAHG 2016.

### 3.3.- Recursos estructurales

El Hospital General Universitario de Alicante está estructurado como monobloque de forma que, verticalmente se organizan las unidades funcionales y horizontalmente, por áreas de conocimiento.

Por tanto, tenemos en un mismo edificio 6 torres y un edificio anexo:

TORRE A: unidades de hospitalización y bloque quirúrgico

TORRE B: unidades de hospitalización y servicios centrales

TORRE C y D: unidades de hospitalización y servicios centrales

TORRE E: solo cuenta con dos plantas (a diferencia del resto que tiene 9) y es donde se sitúa Dirección (primera planta) y Administración (segunda planta)

TORRE F: CONSULTAS EXTERNAS. Con 8 plantas es donde se encuentran las consultas externas y hospitales de día.

CENTRO DE DIAGNÓSTICO

Los recursos estructurales del DSAHG en Atención Especializada vienen reflejados en la tabla 6.

Asistencia Especializada	Número	Asistencia Especializada	Número
Camas instaladas	797	Salas Radiología convencional	17
Camas cuidados intensivos	24	Resonancia magnética	2
Quirófanos programados	24	TAC	3
Quirófanos de urgencias	3	Angiografía digital	3
Paritorios	3	Puestos Hospital de Día	45
Salas reconocimiento urgencias	14	Locales de consultas	156
Camas Observación Urgencias generales	13	<b>Centro de Especialidades Babel</b>	
Camas Observación Urgencias pediátricas	10	Locales de consultas	20
Salas de intervencionismo	4	Sala de yesos	1
Litotricia	1	Salas de Radiología	3

Tabla 6.-Recursos Estructurales en Atención Especializada. DSAHG 2016

### 3.4.- Actividad asistencial, docente e investigadora del HGUA

La principal razón de ser de la existencia del hospital es la concentración y especialización de recursos cuyo fin es el tratamiento de la enfermedad y promoción de la Salud para todos los ciudadanos. En la tabla 7 viene reflejada la actividad asistencial durante 2016.

ACTIVIDAD ASISTENCIAL - AÑO 2016			
HOSPITALIZACIÓN		URGENCIAS	
Ingresos totales	31.634	Total Urgencias	159.919
Ingresos Urgentes	18.855	Urgencias Generales	108.036
Ingresos Programados	12.779	Urgencias Maternales	16.781
Estancias	189.820	Urgencias Infantiles	35.102
E. Media	6,00	Presión de Urgencias	59,60
I. Ocupación	72,52		
I. Rotación	44,23		
INTERVENCIONES QUIRURGICAS		CONSULTAS EXTERNAS HGUA	
Total Intervenciones	22.558	Total Consultas	295.002
Int. Urgentes Anest. Gral.	3.056	Prim. Visitas	67.252
Int. Urgentes Anest. Local.	131	Suc. Visitas	227.750
Int. Programadas Anest. Gral.	13.649	Relación S/P	3,39
Int. Programadas Anest. Local	5.723		
Int.UCSI Anest. Gral.	4.081		
Int.UCSI Anest. Local	4.972		
E. Media Prequirúrgica	1,05		
TÉCNICAS INTERVENCIONISTAS		CONSULTAS CENTROS ESPECIALIDADES*	
Total Técnicas	25.220	Tot.Visitas C.E.	194.047
Téc.Urgentes A.G.	72	Prim. Visitas	126.622
Téc.Urgentes A.L.	74	Suc. Visitas	67.425
Téc.Programadas A.G.	10.245	Relación S/P	0,53
Téc.Programadas A.L.	14.829	*Incluido CE Babel, S.Vte y Otros Centros	

Tabla 7 - Actividad asistencial Asistencia Especializada. DSAHG 2016

El HGUA tiene carácter docente, para las ciencias de la salud, y universitario)<sup>(9)</sup>. La labor docente se concreta en los ámbitos de pregrado, postgrado (programa MIR) y en la formación continuada de todos los profesionales de su plantilla a través del EVES.

A nivel de investigación el HGUA dispone desde 2016 de un Instituto de Investigación Biomédica y Sanitaria de Alicante (ISABIAL) que es un espacio de Investigación Biomédica multidisciplinar y traslacional orientado a la investigación básica, clínica, epidemiológica y en servicios de salud, con el objetivo de aumentar la calidad de la Investigación Biomédica desarrollada en Alicante, fruto de la asociación entre grupos de investigación e investigadores, incluyendo el ámbito de Atención Primaria .

## Análisis Interno

### 3.5.- Estructura Funcional y Recursos Materiales

El Servicio de Oftalmología desarrolla su labor asistencial y quirúrgica en el Hospital General Universitario de Alicante. El Servicio está organizado en 5 Áreas Asistenciales:

*3.5.1- Hospitalización.*

*3.5.2- Consultas Externas Hospital*

*3.5.3- Quirófano: CMA. Infantil. Banco de ojos.*

*3.5.4- Centro de Especialidades Babel*

*3.5.5- Centro de Especialidades San Vicente*

*3.5.1- Planta de Hospitalización* se encuentra en la tercera planta del HGUA y el Servicio de Oftalmología tiene asignada 2 camas hospitalarias. En la planta se dispone de una sala de exploración con lámpara de hendidura, oftalmoscopio binocular y sala de curas para pacientes ingresados y atención de urgencias durante el horario de tarde y noche por el médico residente. Actualmente casi el 100% de la cirugía se realiza de forma ambulatoria

*3.5.2 - Consultas Externas del Hospital* están situadas en la 3<sup>a</sup> planta derecha y dispone de 7 consultas médicas con unidades de exploración y 2 Consultas Auxiliares de Evaluación inicial: una de equipamiento básico y otra avanzado, 1 Consulta de urgencias ,6 Salas de exploración y tratamientos, Biblioteca y un despacho para la administrativa.

7 Consultas médicas disponen de:

Mesa de despacho con ordenador personal, Mobiliario, Unidad de exploración dotada con lámpara de hendidura, Tonómetro de aplicación, proyector de

optotipos, y caja de lentes con montura de pruebas, Optotipos para visión próxima, Oftalmoscopio monocular directo, Retinoscopio, Oftalmoscopio binocular indirecto con Lentes de 20 D y 28 Lentes de contacto diversas para biomicroscopía y gonioscopia, Lente de 90 D, Lavabo, Carro de curas.

2 Consultas Auxiliares para exploraciones con los siguientes recursos:

-Unidad de Equipamiento Básico: Dispone de autorrefractómetro, tonómetro de aire, biometría óptica, biometría ultrasónica y microscopio endotelial de no contacto. No dispone de proyector de optotipos.

-Unidad de Equipamiento Avanzado: Esta unidad alberga el equipamiento especial para la realización de pruebas diagnósticas más complejas. Se incluye un tomógrafo de coherencia óptica (OCT), un topógrafo corneal, un tomógrafo de coherencia óptica de segmento anterior (OCT Visante) y un microscopio confocal.

1 Consulta de Urgencias: Dispone de 1 lámpara de hendidura, fotográfica, 1 oftalmoscopio binocular indirecto y directo y tonómetro de aplanación.

6 Salas de Exploraciones y Tratamientos especiales, en las que se distribuyen diversos aparatos: Biómetro por interferometría óptica IOL Master, 1 Biómetro ultrasónico, Microscopio endotelial de no contacto y 1 Microscopio confocal, Tomógrafo de coherencia óptica TOPCON y tomógrafo ocular de coherencia óptica (OCT) de polo anterior Visante Zeiss 1 Campímetro computarizado de Humphrey, 1 Angiógrafo – Retinógrafo Imagenet TOPCON, Laser: Argón (Zeiss) y Pascal, Ecógrafo ocular, Ecógrafo ocular y Láser Nd: YAG (Zeiss).

Biblioteca: dispone de proyector para sesiones clínicas, 2 ordenadores, y un ordenador con dos pantallas para lectura de Retinografías para el programa de Telemedicina y Cribado de Retinopatía Diabética, conectado mediante Intranet con Centros de Atención Primaria.

### 3.5.3- Quirófano: CMA. Infantil. Banco de ojos.

El área quirúrgica está situada en la 1<sup>a</sup> Planta del Pabellón General. Dispone de: 2 quirófanos (nº 8 y nº 9) de la primera planta de área de quirófanos, adecuadamente equipados para la realización de las técnicas quirúrgicas propias de la especialidad

El quirófano nº 8 tiene un microscopio Zeiss OPI Lumera 700 con el sistema RESIGHT 700 para cirugía de retina y el nº 9 un microscopio Leica M844 F40, Sistema de visión panorámica para cirugía de retina Leica RUV800, ambos de reciente adquisición.

Se dispone de dos aparatos de facoemulsificación Infiniti Alcon, un aparato de facoemulsificación Centurion Alcon, un vitreotomo Constellation Alcon, Unidad de Crioterapia, Laser de diodo endocular con oftalmoscopio binocular, Unidad de Diatermia. Coagulador bipolar, Motor de dacriocistorrinostomía, Oftalmoscopia binocular indirecta. Cajas de material disponibles para cirugía de catarata, cornea, glaucoma, retina, estrabismo, oculoplastia.

El quirófano de cirugía infantil se realiza en el área de quirófanos pediátricos situada en la primera planta 1 día al mes y se realiza el traslado de un microscopio quirúrgico de pie para su realización.

No disponemos de Unidad de CMA (cirugía mayor ambulatoria) en la misma planta, teniendo que llegar los pacientes al Hospital Polivalente, situado en la segunda planta

El Banco de Ojos se encuentra situado en el interior del Área Quirúrgica de la 1<sup>a</sup> Planta del HGUA, próximo a la entrada de este Área, para facilitar su acceso desde el exterior y la comunicación con quirófanos.

Dispone de: Campana de flujo laminar para la disección de las córneas y otros tejidos del ojo enucleado en condiciones de esterilidad, Lámpara de hendidura, Microscopio quirúrgico Zeiss, Microscopio endotelial de no contacto de banco de ojos, Nevera, Maletín de instrumental quirúrgico para enucleación, Instrumental quirúrgico para preparación y procesamiento de los tejidos, Material diverso para conservación de los tejidos preparados desde el exterior y la comunicación con los quirófanos.

#### 3.5.4- Centro de Especialidades Babel

Se atiende a todos los pacientes con patología oftalmológica remitidos desde Atención Primaria de 9 Centros de Salud (Babel, Florida, Benalúa, Parque lo Morant, San Blas, Los Ángeles, Campoamor, Ciudad Jardín y Monforte del Cid): 214. 249 habitantes

La estructura y el equipamiento de las consultas son adecuados.

Dispone de:

- Una sala de espera
- Dos Unidades de Exploración Ocular para enfermería dotadas cada una de: Proyector y pantalla de Optotipos, Frontofocómetro, neumotonómetro, Refractómetro y Paquímetro.

- Dos Unidades de Exploración y Tratamiento para oftalmólogo dotadas cada una de: Proyector y pantalla de Optotipos, Lámpara de hendidura con lentes de exploración, Tonómetro de explanación, Ordenador, Retinoscopio, Oftalmoscopios monocular y binocular con lentes de Exploración

- Una Unidad Común de Diagnóstico y Tratamiento, con: Láser Nd-YAG, Perímetro computarizado Humphrey, OCT Topcon Maestro

#### 3.5.5- Centro de Especialidades San Vicente

Se atiende a los pacientes con patología oftalmológica remitidos desde Atención Primaria de los Centros de Salud San Vicente I, San Vicente II y Agost. En total una población de 65.347 habitantes.

Dispone de:

- Una sala de espera
- Una Unidad de Exploración Ocular Previa para enfermería dotada de: Proyector y pantalla de optotipos, Frontofocómetro, Pneumotonómetro, Refractómetro, Paquímetro.

-Una Unidad de Exploración y Tratamiento, para oftalmólogo dotada de: Proyector y pantalla de optotipos, Lámpara de hendidura con lentes de exploración, Tonómetro de aplanación, Ordenador, Retinoscopio, Oftalmoscopios monocular y binocular con lentes de exploración, Material de curas, Perímetro computarizado Humphrey y Láser Nd-YAG.

La estructura y ubicación de las Consultas del C.E de San Vicente no es adecuada. El área de consultas está situada en el sótano, junto al mortuario.

### 3.6.-Recursos Humanos

El Servicio de Oftalmología del Hospital General Universitario de Alicante se haya constituido por una plantilla 14 Facultativos Especialistas de Oftalmología: 1 Jefe de Servicio, 1 Jefa de Sección, 11 Facultativos Especialistas de Área (FEA) y 1 Facultativo de Cupo, 3 Enfermeras en Consultas Externas Hospital, 8 en C. Especialidades Babel, 1 en San Vicente, y 4 en quirófano, 4 Auxiliares de enfermería, 1 Auxiliar administrativa en Hospital y 1 Auxiliar administrativa en San Vicente.

La distribución de recursos humanos se detalla en la siguiente tabla

Personal /Puesto de Trabajo	Numero
Jefe de Servicio	1
Jefe De Sección	1
Facultativo Especialista de Área	11
Facultativo de Cupo	1
Médico Interno Residente	8
Enfermería	16
Auxiliares Enfermería	3
Auxiliar Administrativa	2
Optometrista	1

*Tabla 8.- Distribución de Recursos Humanos del Servicio de oftalmología HGUA*

### 3.7.- Cartera de Servicios

El Servicio de Oftalmología tiene 5 Unidades Asistenciales: 1) Unidad Segmento Anterior: Cornea, Superficie ocular, Catarata 2) Unidad Glaucoma 3) Unidad Estrabismo y Neurooftalmología 4) Unidad Oculoplastia, Orbita y Vías Lagrimales 5) Unidad de Retina y Vítreo.

<b>AREA DE ACTIVIDAD (GRDs)</b>	<b>PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS</b>	<b>PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS</b>
<b>SUPERFICIE OCULAR</b> (40,42) <i>Conjuntiva</i> <i>Cornea</i>	Refractómetro- Queratómetro Paquimetría Topografía	Heridas y laceraciones Extracción cuerpo extraño Biopsia-Cirugía oncológica Escisión Pterigion Implante secundario Simblefaron Reconstrucción fondos de saco Transplante limbo autólogo Queratoplastias: -Penetrantes. -Lamelares anteriores. -Endoteliales.	
<b>GLAUCOMA</b> (38,42)	Campimetría Neumotonómetro Analizador CFN (OCT)	Goniotomía Trabeculectomía perforante Esclerect. Prof. No Perf. (EPNP).Colocación Válvula	Iridotomía láser YAG Trabeculoplastia láser Argon
<b>CATARATA</b> (39)	Refractómetro-Queratómetro Biometría ultrasónica Biometría por Interferometría	Extracción extracapsular Facoemulsificación Implante secundario	Capsulotomía láser YAG
<b>RETINA</b> (36,42,46) <i>Uveítis</i> <i>Distrofias</i> <i>Degeneraciones</i> <i>Desprendimiento retina</i> <i>Retinopatía diabética</i> <i>Retinopatía prematuro</i>	Ecografía ocular Angiografía fluoresceína OCT Programa de Telemedicina para cribado de RD	Cirugía escleral Vitrecomía Extracción cuerpo extraño Endofotocoagulación	Fotocoagulación láser Argón Fotocoagulación laser diodo Antiangiogénicos. Intravítreos Retinopexia neumática
<b>OCULOPLASTIA</b> (37,40,41) <i>Parpados</i> <i>Vías lagrimales</i> <i>Orbita</i> <i>Oftalmopatía tiroidea</i>	Campimetría Exoftalmometría	Cantotomía-Cantoplastia Tarsorrafia Chalazión Ptosis Entropión-Ectropión Reconstrucción palpebral Biopsia glándula lagrimal Cirugía puntos-canalículos Sondaje conducto Intubación conducto (stent) Dacriocistectomía Dacriocistorrinostomía Conjuntivorrinostomía  Fracturas orbitarias Evisceración-Enucleación Exenteración	
<b>MOTILIDAD OCULAR</b> (40,41) <i>Estrabismo</i> <i>Neurooftalmología</i>	Campimetría Pantalla de Lancaster	Recesión-resección muscular Toxina botulínica	

Tabla 9.- Cartera de Servicios de Oftalmología del HGUA

### 3.8.- Organización funcional del Servicio

#### 3.8.1.- Circuito de pacientes y distribución de Trabajo:

Los pacientes pueden llegar a Oftalmología por varias vías:

- 1.- Propuesta del Centro de Especialidades de Babel o San Vicente
- 2.- Pacientes procedentes de Urgencias
- 3.- Interconsultas de otras especialidades

La actividad asistencial se desarrolla en horario de 8 a 15 h según un programa de trabajo que elabora el Jefe de Servicio y que se distribuye mensualmente por e-mail a todos los facultativos donde se planifica el trabajo en Consultas Externas Hospital, Quirófano, Consulta en el Centro de especialidades Babel y Centro Especialidades San Vicente.

La distribución de trabajo es equitativa y cada facultativo tiene asignado: 2 Consultas del Centro de Especialidades + 2 Consultas Hospital + 1 Quirófano cirugía mayor y una tarde por semana. El Jefe de Servicio no pasa consulta en el Centro de Especialidades al ocupar cargos de gestión. El Jefe de Sección solo realiza 1 consulta en el Centro de Especialidades.

Aunque la organización tradicional es la distribución en secciones, la tendencia actual es hacia la horizontalización, mediante la constitución de unidades, áreas funcionales o áreas de capacitación específica con la máxima autonomía y contenido posibles. De este modo, uno o varios facultativos pueden centrarse en un área de especial interés dentro del amplio campo de la Oftalmología. Esta organización tiene como objetivo obtener mejores resultados clínicos, mayores niveles de calidad y de gratificación personal. En la tabla 10 se describen las unidades y número de FEA asignados.

Unidad Glaucoma	2 FEA
Unidad Segmento Anterior: Cornea, Sup. Ocular	3 FEA
Unidad de Retina Vítreo	4 FEA
Unidad Oculoplastia , Vía lagrimal y Uveítis	3 FEA
Unidad Estrabismo y Neurooftalmología	1 FEA

*Tabla 10.- Distribución de FEA por Unidad*

El HGUA fue el primer Hospital de la Comunidad Valenciana en instaurar un programa de Cribado de Retinopatía Diabética (RD) en febrero de 2006, mediante cámara no midriática. Estoy vinculada al programa desde el inicio, siendo responsable de su puesta en marcha y funcionamiento. La prevalencia de diabetes es del 9,26% en 2014 (8,48% en mujeres y 10,07% en hombres *(Datos: IV Plan de Salud 2016-2020 Comunitat Valenciana)*).

La Retinopatía Diabética (RD) es la principal causa de ceguera en población en edad laboral en los países desarrollados. Aproximadamente un 2% de pacientes diabéticos estarán ciegos después de 15 años.

Las ventajas del programa de Cribado de RD mediante cámara no midriática son: diagnóstico y tratamiento precoz de RD, es una intervención coste-efectiva, permite la reducción de tiempos de espera y sobrecarga de C.E, y mejora la interrelación entre Atención Primaria y Especializada.

La metodología del programa es la siguiente:

Los Médicos de Familia y enfermeras detectan los pacientes diabéticos, dentro del programa de atención al paciente Diabético y siguiendo el protocolo establecido, realizan la citación para Retinografía. Cada Centro tiene su propia agenda de Retinografías. Disponemos de 3 Retinógrafos en la actualidad: Un Retinógrafo Topcon TRC-NW 100E en el Centro de Salud San Vicente para cribado de pacientes de C. Salud San Vicente I y II, C.Salud Agost, Consultorio de la Canyada, y Consultorio Santa Isabel. Otros 2 Retinógrafos de reciente adquisición Topcon TRC NW 400 ubicados uno en el Centro de Salud de Benalúa para cribado de pacientes de los Centros de Salud de Benalúa, Florida, Babel, San Blas, Consultorio San Gabriel y Rebolledo y el tercer Retinógrafo está ubicado en el Centro de Salud de Los Ángeles para cribado de pacientes del C. los Ángeles, C. Salud Ciudad Jardin-Villafranqueza, C. Salud Parque lo Morant, C.Salud Campoamor y C. Salud Monforte del Cid.

3 fotografías de 45º son obtenidas de cada ojo, El programa crea packs con datos e imágenes de los pacientes que son enviados a través de la Intranet protegida del Hospital a la que solo tiene acceso personal autorizado. Las imágenes son evaluadas por los oftalmólogos del Servicio de Oftalmología, se

realiza un informe, siguiendo las recomendaciones de la Academia Americana de Diabetes (ADA) y se introducen los datos de la evaluación en la historia clínica del paciente (Abucasis II).

Los Pacientes que precisan tratamiento son citados directamente en el Hospital. Hasta la actualidad hemos evaluado a 8072 pacientes

### 3.8.2.-Quirófano.

La actividad quirúrgica se desarrolla en los dos quirófanos asignados en horario de mañana de lunes a viernes y horario de tarde martes y miércoles: En total 14 sesiones quirúrgicas a la semana: 9 Quirófanos de mañana y 4 Quirófanos de tarde de Cirugía mayor ambulatoria (CMA) ,1 Quirófano para cirugía ambulatoria local lunes mañana y 4 quirófanos de tarde al mes para inyecciones intravítreas (34 pacientes en cada quirófano).

El tratamiento de inyecciones intravítreas está indicado para pacientes con Degeneración macular asociada a la edad (DMAE), Edema macular diabético (EMD), Oclusión rama venosa y central de la retina y Membrana neovascular coroidea (MNV) miópica o inflamatoria. La disponibilidad de 1 quirófano a la semana resulta insuficiente para el volumen de pacientes que precisan este tratamiento y obliga a incluir inyecciones en otros quirófanos de mañana de facultativos de la Unidad de Retina.

Hay 1 quirófano al mes para cirugía oftalmológica pediátrica. El Servicio es referencia para patología oftalmológica infantil por debajo de 20 kg de peso de la provincia.

Si hay alguna donación de córnea se programa en los quirófanos de martes y viernes. Los desprendimientos de retina se programan los martes y jueves.

El Equipo de Banco de Ojos está actualmente compuesto por 6 Médicos Residentes de Oftalmología de 2<sup>o</sup>, 3<sup>o</sup> y 4<sup>o</sup> año, que rotan en una guardia localizada permanente.

La extracción de ojos se realiza en el propio Hospital o en otros Centros de la Provincia, a los que se desplazan los Médicos Residentes al ser requeridos por la Unidad de Coordinación de Trasplantes del Hospital.

El Servicio Oftalmología del HGUA posee una de las mayores experiencias en España en trasplantes de córnea, y encabeza la actividad trasplantadora entre los Hospitales Públicos nacionales. En 2008 la Agencia de Calidad acreditó a nuestro Servicio como Unidad de Referencia de la Superficie Ocular Compleja y Queratoprótesis.

### 3.8.3.-Consultas Externas del Hospital

Hay 4 Consultas externas de lunes a viernes de 8.30h a 14.30h, excepto martes que hay 3, y 2 consultas de Tarde de Lunes a Jueves de 15.30 a 21.30 horas con dos tipos de Consulta:

1) 17 pacientes por consultas: 5 Primeras Visitas y 12 revisiones.

2) 22 pacientes: 5 Primeras Visitas y 8 Sucesivas y 8 postoperados.

El tiempo disponible es de 25 minutos para cada primera visita y de 15 minutos para cada revisión.

Se utiliza la historia electrónica (SIA- Abucasis II) en todos los pacientes.

En las consultas se realiza la exploración inicial de los pacientes por personal de enfermería y auxiliar (AV, autorefracción, Tonometría. Biometría, Recuento células endoteliales, OCT, topografía corneal) y después se procede por parte del facultativo al tratamiento del paciente o a la inclusión en lista de espera quirúrgica, solicitud de estudio pre anestésico y se facilita al paciente la fecha de cirugía.

### 3.8.4.- Hospitalización

Actualmente casi el 100% de la cirugía oftalmológica se realiza de forma ambulatoria (CMA). El Servicio tiene asignadas 2 camas en la 3<sup>a</sup> planta y se ingresan paciente con traumatismos oculares perforantes, infecciones oculares o pacientes con patología sistémica asociada.

### 3.8.5.-Guardias:

Todos los facultativos realizan Guardias de alerta localizadas de 24 horas excepto aquellos que solicitándolo se les haya eximido de tal actividad bien por razones de edad o por motivo médico. En total son 12 los Médicos facultativos que cubren todas las guardias. Se programan en turno rotatorio. Todos los días hay un Médico Residente de Oftalmología de guardia de presencia física, quedando el Médico Adjunto en llamada ante cualquier situación que lo precise.

En horario de 8 a 15 horas hay un Residente de guardia cada día tutorizado por un Médico Adjunto de guardia que realiza la figura de consultor. Esta consulta no tiene personal auxiliar asociado. El volumen de pacientes de urgencias oscila entre 15-20 pacientes y funciona solo con el médico residente, originando retrasos importantes.

Atendemos a toda la población del Departamento de Salud Alicante-Hospital General y desde las 15 horas a las 8 horas del día siguiente y los fines de semana, somos Área de referencia de urgencias del Departamento de Elda, Alcoy y Marina Baixa.

### 3.8.6.-Consultas Externas C. Especialidades

En el Centro de Especialidades de Babel hay 20 Consultas a la Semana, dos consultas por la mañana con horario de 8.30-14.30 horas y dos de tarde con horario 15.30 a 21.30 horas. Se ven 41 pacientes: 22 primeras visitas y 19 sucesivas.

Dispone de 2 enfermeras: Una enfermera recibe al paciente y realiza la toma de agudeza visual, refracción y medición de lentes y tonometría. Después el paciente es valorado por el oftalmólogo para su examen. La otra enfermera se encarga de realizar exploraciones complementarias: Campimetría y OCT y prepara los pacientes para tratamiento con láser YAG. También ayuda al oftalmólogo en el manejo de los pacientes, y rellena formularios para inclusión en LEQ y derivación a pacientes al Hospital. . Se realizan en cada consulta 2 Capsulotoma YAG, 2 campimetrías y 5-6 OCT nervio óptico y macula.

En el Centro de Especialidades de San Vicente hay una consulta de lunes a viernes de 8.30 -14.30 horas donde se ven a 36 pacientes, y dispone de una enfermera.

Hay una segunda consulta 4 días a la semana atendida por médicos residentes de 4 año (14 pacientes), un optometrista un día a la semana con 30 pacientes para refracción y otro día con un oftalmólogo con 22 pacientes. Esta segunda consulta no dispone de personal de enfermería ni auxiliar. Hay personal realizando funciones por debajo de su nivel de preparación, lo cual lleva a la necesidad de reorientar el proceso de esta consulta de modo que cada actividad se hace en el lugar y por el profesional que resulte más eficiente evitando lo que no sea efectivo y no realizar actividades sin valor añadido.

### 3.9.- Análisis de la actividad del Servicio

#### 3.9.1.- Hospitalización

HOSPITALIZACION	2013	2014	2015	2016	2017
<b>CAMAS</b>	4	2	2	2	2
<b>INGRESOS TOTALES</b>	<b>185</b>	<b>92</b>	<b>104</b>	<b>79</b>	<b>49</b>
URGENTES	47	30	28	21	23
PROGRAMADOS	137	58	71	55	26
ING.INTERNOS	1	4	5	3	0
<b>ESTANCIAS</b>	<b>457</b>	<b>165</b>	<b>230</b>	<b>106</b>	<b>75</b>
ESTANCIA MEDIA	<b>2,47</b>	<b>1,79</b>	<b>2,21</b>	<b>1,34</b>	<b>1,53</b>
ÍNDICE OCUPACIÓN	33,39	22,60	31,51	14,48	10,27
ÍNDICE ROTACIÓN	49,33	46,00	52,00	39,50	24,5
<b>ESTANCIAS/DÍA</b>	1,25	0,45	0,63	0,29	0,21

Tabla 11.- Actividad hospitalización Servicio Oftalmología HGUA2013-2017

			2016	2016
GRD	Tipo	Descripción	Nº Altas	EM
073	Q	Procedimientos sobre cristalino, excepto orbita	49	0,61
082	M	Enfermedades oculares ,except infecciones mayores	10	1,10
070	Q	Procedimientos sobre orbita	7	1,14
850	Q	Procedimientos con diag. De rehabilitación y .cuidados posteriores	3	4,40
791	Q	Procedimiento quirúrgico por otra complicación	2	2,00
<b>Total</b>			<b>74</b>	<b>2,0</b>

Tabla 12.-Análisis de la casuística. GDR Hospitalización. Año 2016

## 3.9.2.- Consultas Externas

CONS. HOSPITAL	2013	2014	2015	2016	2017
Total	<b>17856</b>	<b>18800</b>	<b>19171</b>	<b>19236</b>	<b>20538</b>
Primeras	2367	1169	841	760	797
Sucesivas	15489	17684	18330	18476	19741
Relación S/P	<b>6,54</b>	<b>15,85</b>	<b>21,80</b>	<b>24,31</b>	<b>24,77</b>
<i>Lista de espera</i>	17	84	23	42	77
<i>Demora media</i>	34	33	37	34	36
Estudios/expl.					
Angioflúor.	70	40	13	17	13
Láser Argón	307	318	258	136	118
Láser YAG	81	144	38	35	88
Campimetría		287	483	558	695
OCT		1985	2281	2121	3636
Ecografías	51	30	3	16	19

Tabla 13 - Actividad de consultas externas Hospital. Servicio Oftalmología de 2013-2017

AÑO	2013	2014	2015	2016	2017
Nº Primeras Visitas	14238	13343	13110	13203	14291
Nº Visitas Sucesivas	12420	11970	11772	12010	12862
INDICE S/P	0.87	0.90	0.90	0.91	0.90
TOTAL VISITAS	<b>26658</b>	<b>25313</b>	<b>24879</b>	<b>25213</b>	<b>27153</b>

Tabla 14- Actividad C. Especialidades Babel desde 2013- 2017

CONSULTAS	2013	2014	2015	2016	2017
Nº Primeras Visitas	2741	4626	4753	3921	4825
Nº Visitas Sucesivas	1573	2632	2529	2025	2428
N <sup>a</sup> TÉCNICAS	2620	493	1449	1300	1591
INDICE S/P TOTAL VISITAS	0.57	0.57	0.53	0.52	0.50
	<b>4314</b>	<b>7258</b>	<b>7641</b>	<b>5946</b>	<b>7253</b>

Tabla 15.-Actividad C. Especialidades San Vicente 2013- 2017

CONSULTAS	2013	2014	2015	2016	2017
TOTAL	<b>48828</b>	<b>51371</b>	<b>51691</b>	<b>50095</b>	<b>54944</b>
PRIMERAS	19346	19085	18931	17884	19913
SUCESIVAS	29482	32386	32760	32511	35031
Indice S/P	1,15	1,00	1,23	1,46	1,75

Tabla 16.-Número total Consultas (Hospital +Centros de Especialidades).

## 3.9.3.- Actividad Quirúrgica

<b>QUIROFANOS</b>	2013	2014	2015	2016	2017
<b>TOTAL INTERVENCIONES</b>	<b>3128</b>	<b>3597</b>	<b>4613</b>	<b>4843</b>	<b>5163</b>
Int. Urg. A.G.	27	16	26	19	25
Int. Urg. A.L.	8	4	7	8	12
Int. Prog. AG	172	94	331	172	28
Int. Prog. AL	3	5	3	3	3
Int.UCSI	2226	2455	3012	2973	3369
Interv.anest.loc.	867	1122	1601	1870	1794
Interv. Anest. Loc.tarde	121	<b>552</b>	<b>814</b>	<b>914</b>	<b>1054</b>
Sesiones AG	433	484,75	575,25	543	573
Sesiones AL	55	63	91	69	77
Interv.anest. Gen/Sesion	5,14	5,06	5,19	5,44	<b>5,84</b>
Interv.anest.Local/Sesion	15,76	17,81	<b>17,52</b>	<b>26,96</b>	<b>23,14</b>
% C.M.A.	94,27	97,37	98,08	98,96	<b>99,47</b>
Rendim.quirúrg.	<b>71,11</b>	<b>72,66</b>	<b>68,29</b>	<b>78,89</b>	<b>85,31</b>
E. Media Preq.	1,15	0,69	0,20	0,12	0,35
%Suspendidas	3,34	2,89	2,48	2,92	<b>2,90</b>

Tabla 17.- Actividad quirúrgica 2013-2017

<b>AÑO</b>	2014	2015	2016	2017
Nº inyecciones	912	1274	1374	<b>1556</b>

Tabla 18.-Número de inyecciones intravítreas 2014-2017

### 3.9.4.- Análisis Listas de Espera

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 sistema sanitario. Se consideran en lista de espera quirúrgica a todos los pacientes que están pendientes de un procedimiento quirúrgico diagnóstico o terapéutico aceptado y para cuya realización se tiene prevista la utilización de quirófano en alguno de los hospitales públicos de la Comunidad Valenciana.

El tiempo medio de espera en diciembre 2017 en Oftalmología es de 57 días en la Comunidad Valenciana. En nuestro DSAHG en Oftalmología es de 36 días a fecha de diciembre 2017, según indicadores médicos facilitados por el HGUA.

LEQ AG>180d. Total	3
LEQ AG>90d. Total	8
% LEQ>180d.(estr y no estr)	37,50
Demora media total	36

Tabla 19.- LEQ diciembre 2017

CONS. HOSPITAL	DIC
<i>Lista de espera</i>	77
<i>Demora media</i>	36

Tabla 20.- Lista Espera Consultas Externas Hospital diciembre 2017

<i>Demora mínima</i>	<i>Demora mínima</i>	<i>Demora máxima</i>	<i>Demora máxima</i>
<i>Primeras</i>	<i>Sucesivas</i>	<i>Primeras</i>	<i>Sucesivas</i>
128 días	3 días	180 días	14 días

Tabla 21.- Lista Espera C. Especialidades Babel Diciembre 2017

Demora Primeras	Demora Primeras Preferentes	Demora Sucesivas
39 días	20 días	89 días

Tabla 22.- Lista Espera C. Especialidades San Vicente Diciembre 2017

Como resumen del análisis de la actividad asistencial del Servicio podemos obtener las siguientes conclusiones:

- 1.-Tendencia a la disminución global de ingresos (Aumento de CMA y disminución de estancias/día y disminución índice ocupación.
- 2.- Aumento del número de intervenciones de forma progresiva y aumento de intervenciones realizadas como CMA (99.47 % en 2017)
- 3.- Aumento del Rendimiento de quirófano (83.1% en 2017)
- 3.- Área de Hospitalización se reserva para pacientes con traumatismo ocular, infecciones oculares graves y pacientes con patología sistémica que precisen cuidados postoperatorios.
- 4.- Aumento progresivo del Índice S/P en Consultas Externas del Hospital, siendo en 2017(24,77%).
- 5.- Exceso de tareas administrativas y tareas del proceso preoperatorio burocráticas a realizar por el facultativo. Estas tareas deberían ser eliminadas y resolverse por una administrativa más en el Servicio. Es necesario eliminar lo inútil de la consulta y reorientar lo útil, redistribuyendo las tareas de baja complejidad.
- 6.- Exceso de actividad asistencial en consultas externas, con los mismos recursos humanos, lo cual origina situaciones de tensión y descontento en los profesionales. Dispersión y fragmentación de consultas con escasa comunicación.
- 7.-Excesiva demora en C. Especialidades y excesivo número de pacientes por Consultas, que impide realizar consulta de alta resolución, aumentado el número de visitas sucesivas.

### 3.9.5.- Áreas susceptibles de mejorar

En la Organización del trabajo: mejorar la comunicación entre profesionales, relación con enfermería, gestión de competencias individualizado de todo el personal.

En Practica Clínica: Evitar la variabilidad de práctica clínica.

En Consultas: Gestión de la demanda asistencial, Protocolos de remisión a Atención Primaria, Consultas de alta resolución, Reorganización de agendas de Centro de Especialidades, Coordinación con Atención Primaria.

### 3.9.6.- Previsión de la demanda

En la elaboración de un proyecto técnico de gestión es imprescindible considerar la demanda asistencial futura. La mayor demanda de asistencia sanitaria en Oftalmología viene determinada por las cataratas, el glaucoma, la degeneración macular asociada a la edad y la retinopatía diabética, todas ellas patologías frecuentes en la edad avanzada. Debido a las características demográficas de nuestra población, el futuro viene marcado por un incremento de estas patologías. En la actualidad, constituye un problema para nuestro Servicio la alta demanda de consultas, tanto primeras visitas como sucesivas, y las listas de espera quirúrgica para la cirugía.

La demanda asistencial futura de una Unidad de Retina va a estar condicionada por los siguientes factores:

- La evolución demográfica de la población del área adscrita hacia el envejecimiento.
- Las previsiones indican un aumento de la incidencia de enfermedades retinianas: degeneración macular, alteraciones vasculares retinianas, retinopatía diabética, que está significando un incremento importante de las enfermedades retinianas, con gran impacto social y económico que va a obligar a los servicios de Oftalmología, y en especial a la Unidad de Retina de los hospitales a adecuar la demanda de estos pacientes.

### **3.10.- Docencia**

#### Pregrado

El HGUA está ligado desde hace más de 30 años a la Facultad de Medicina. Se imparte docencia pregrado a los Alumnos de la asignatura de Oftalmología de la Facultad de Medicina de la Universidad Miguel Hernández incluyendo estudiantes de medicina encuadrados en el programa Erasmus. La Oftalmología, como disciplina médico-quirúrgica, está ubicada en el área de Cirugía, y adscrita al departamento de Cirugía. Se canaliza a través del Departamento de Patología y Cirugía de dicha Universidad. La asignatura se imparte en 3<sup>a</sup> Curso.

Durante el Curso Académico, y en función de la organización y programación de las Prácticas Clínicas establecidas desde el Decanato, semanalmente acuden estudiantes de medicina desde septiembre hasta enero de cada año. Hay un profesor asociado a la UMH y todo el Servicio participa colaborando en la formación pregrado de alumnos.

#### Postgrado

Este Servicio dispone de una larga trayectoria formativa de Médicos Internos Residentes de la especialidad desde hace 38 años, de hecho casi todos los facultativos que aquí trabajamos nos hemos formado como especialistas en este hospital y muchos otros ocupan puestos de responsabilidad en otros Hospitales y Comunidades Autónomas. Hasta el momento, los Oftalmólogos que han completado su residencia en el Servicio Oftalmología han sido más de 60. Actualmente hay otros 8 médicos residentes en formación de la especialidad.

Personalmente el proyecto docente de nuestro Servicio constituye uno de los objetivos por los que siento una especial motivación y dedicación. Soy tutora de Residentes de Oftalmología desde el año 2009, habiendo realizado la Guía de Formación de Residentes de Oftalmología de este Servicio, establecido el cronograma de rotaciones , planificación de sesiones clínicas y participación en

las sesiones generales del Hospital, y he realizado cursos de tutorización y formación con el objetivo de mejorar la calidad docente.

Dentro de la docencia MIR deberemos incluir la rotación que realizan en nuestro servicio los MIR de Medicina Familiar y Comunitaria y los MIR de Medicina del trabajo, con muy buena acogida por nuestra parte. Estos residentes pasan por el Servicio durante periodos de dos a cuatro semanas y dedican su actividad en la consulta externa del Hospital. El objetivo es que conozcan y sepan diagnosticar y tratar la patología de mayor prevalencia en nuestra especialidad, y que participen en sesiones clínicas.

El Servicio ha participado en la Docencia del Master en Investigación en Patología Médica y Quirúrgica y en el Master de Investigación de Medicina Clínica de la UMH durante los últimos 5 años.

#### Formación Continuada

La actualización, perfeccionamiento e innovación permanente se lleva a cabo mediante las sesiones del servicio y la asistencia a cursos específicos y congresos de la especialidad. También existe una inquietud e interés por la formación continuada, participando en los cursos que el EVES proporciona para tal fin.

#### **3.11.- Investigación**

El Servicio de Oftalmología forma parte del Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL) desde su creación habiendo realizado varias publicaciones internacionales. La participación de los facultativos del Servicio de Oftalmología en actividades científicas, mesas redondas, ponencias en congresos, comunicaciones orales o en póster es de destacar, especialmente en trasplante de córnea, dado la amplia experiencia. En los últimos dos años hemos presentado varias comunicaciones y varios paneles en el Congreso de la Sociedad Española Oftalmología (SEO), Sociedad Europea de Retina (Euretina), y Sociedad Española de Cirugía Ocular Implanto Refractiva (Secoir).

## **Núcleo Estratégico del Servicio de Oftalmología**

La Misión, Visión y Valores del Servicio de Oftalmología es concordante con los del Departamento de Salud de Alicante – Hospital General

### *MISION:*

El Servicio de Oftalmología tiene como finalidad dar atención en oftalmología de la mejor calidad posible, a través de una práctica profesional y técnica sustentada en la mejor evidencia disponible, minimizando los riesgos asociados a los servicios prestados y utilizando de manera eficiente el dinero público.

### *VISION:*

Nuestra visión de futuro es contribuir a la mejora continua de la calidad a través de una atención asistencial eficiente, que sitúe a nuestros clientes a la cabeza de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública a nivel de satisfacción y seguridad del paciente.

### *VALORES:*

- respeto hacia los pacientes y entre los profesionales
- trato cercano y personalizado; honestidad y ética profesional
- responsabilidad y profesionalidad en el trabajo
- transparencia y veracidad en la transmisión

## Matriz DAFO del Análisis Estratégico

El análisis estratégico externo nos ha permitido conocer los factores externos del entorno que pueden influir en la calidad de servicio, factores que no son susceptibles de modificar y que van a determinar las amenazas y oportunidades que ofrecen al Servicio. El análisis interno supone una evaluación del servicio y nos permite conocer las fortalezas y debilidades.

El análisis DAFO nos permitirá realizar un plan estratégico de actuación con definición de líneas estratégicas, objetivos y planes de acción para establecer un proyecto de futuro de la Unidad de gestión clínica.

### Análisis Externo:

#### Amenazas:

- Ajustes presupuestarios
- Dificultad incorporación nuevas tecnologías
- Cambios políticos
- Envejecimiento progresivo de la población: 17,25 % de pacientes mayores de 65 años
- Aumento de la demanda
- Recursos humanos ajustados
- Mayores cargas asistenciales, debido al envejecimiento de la población y cronicidad de algunas patologías oftalmológicas
- Escasa cultura de la población sobre uso de recursos sanitarios.

#### Oportunidades

- Hospital General Universitario de 3<sup>er</sup> nivel con una cartera de servicios muy amplia, que favorece la atracción de pacientes a nuestro hospital.
- Cobertura de toda la cartera de Servicios de la Especialidad.
- Formación Pregrado UMH

- Formación Postgrado: Acreditación Docente
- Apuesta por la Conselleria por impulsar los SS.II como elemento transformador: Informatización (SIA, MIZAR, SISAL, Data Warehouse)
- Posibilidad de desarrollo y utilización de TIC's: Telemedicina
- Unidad de Investigación: ISABIAL.
- Aumento de la demanda en patología oftalmológica: permite prestar asistencia a gran cantidad y variedad de patología oftalmológica con posibilidad de ser aprovechado para Docencia e Investigación.
- Alianzas con Atención Primaria para la atención continuada.
- Desarrollar vías clínicas y desarrollar la transversalidad con otros servicios con patologías relacionadas con la oftalmología
- Creación Unidades con especialidades afines

## **Análisis Interno**

### Debilidades

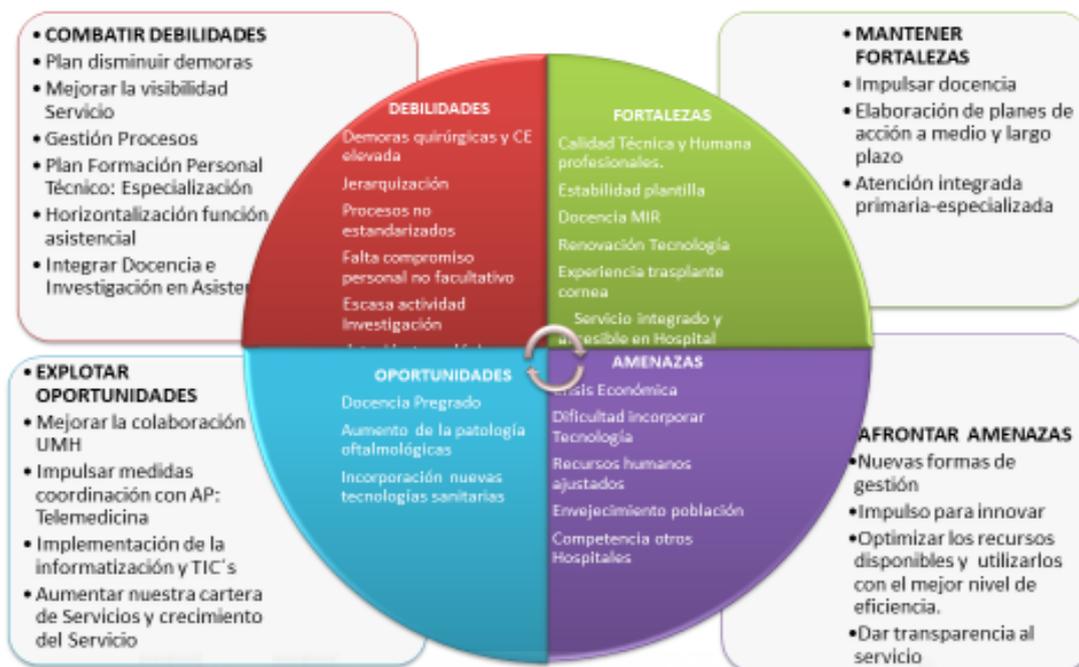
- No incremento de plantilla en los últimos 5 años
- Elevada presión asistencial
- Ausencia de tiempo para estudio de casos complejos, búsquedas bibliográficas que es necesario realizar fuera de jornada ordinaria.
- Ausencia de estímulos para dedicación a Investigación: Dedicación 100% asistencia.
- Personal no facultativo estresado.
- Dificultad para trabajo en equipo por dispersión de consultas y quirófanos.
- Falta de comunicación entre miembros de Servicio.
- Escasa comunicación con Atención Primaria.
- Sistema organizativo demasiado ajustado que no permite flexibilidad ante imprevistos.
- Escaso desarrollo de vías clínicas y protocolos.
- Exceso de carga burocrática de trabajo que resta tiempo en la Atención al paciente
- Falta de gestión sistemática de procesos

- Demora elevada de consultas en centros de especialidades
- Ausencia de digitalización y almacenaje de imágenes diagnósticas en la HCE.
- Escasas publicaciones científicas

### Fortalezas

- Calidad Científico-Técnica: formación y experiencia de sus profesionales
- Calidad Humana de sus profesionales: actitud, ilusión y ausencia de conflictos
- Estabilidad de la plantilla y edad media aceptable
- Equipo dinámico y participativo
- Alto nivel de superespecialización de los miembros del equipo
- Adaptabilidad positiva a los cambios
- Servicio plenamente integrado y accesible en el Hospital
- Cartera de servicios muy amplia
- Docencia MIR: Cultura docente. Resultados excelentes en evaluación al Servicio
- Servicio con una infraestructura sólida y bien diseñada. En su conjunto, bien equipado
- Respuesta inmediata diaria a las Interconsultas Hospitalarias
- Experiencia trasplante cornea
- Buen funcionamiento del programa de cirugía ambulatoria, con una Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria, de un altísimo nivel de eficacia y organización

## Matriz DAFO-CAME: Oftalmología, Dep. 19



La MATRIZ DAFO –CAME nos permite identificar las claves estratégicas del Servicio de Oftalmología:

**1.-Estrategias para COMBATIR y CORREGIR** nuestras debilidades: con un plan de disminuir demoras, gestión por procesos, horizontalización de la función asistencial, Integrar Docencia e Investigación en asistencia y distribuir responsabilidades y competencias de modo individual.

**2.-AFRONTAR** nuestras Amenazas: con nuevas formas de gestión y optimización de los recursos disponibles.

**3.-MANTENER** nuestras fortalezas: planes de acción a medio y largo plazo. Docencia MIR de prestigio. Unidades interdisciplinarias y establecer relaciones con otros servicios.

**4.- EXPLOTAR** y Aprovechar nuestras oportunidades: mejorar formación Pregrado y colaboración la con UMH, Coordinación con AP: telemedicina. Fomentar la atención de calidad.

#### **4.- PLAN DE ACTUACION DE UNIDAD DE GESTION CLINICA DE OFTALMOLOGÍA: LÍNEAS ESTRATÉGICAS, OBJETIVOS Y PLANES DE ACCION**

Para implantar y consolidar una Unidad de Gestión Clínica de Oftalmología (microgestión) se precisan definir las líneas estratégicas coordinadas por la Política Sanitaria de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Publica de la Comunidad Valenciana (macrogestión) que quedan reflejadas en el Plan de Salud 2016-2020 <sup>(1)</sup> y en los acuerdos de gestión para 2017 . Este plan apuesta por una reorientación y reorganización asistencial del sistema sanitario, con el fin de abordar los principales retos que imponen el *envejecimiento y el predominio de enfermedades crónicas*.

Los servicios deben tender a transformarse en Unidades de Gestión Clínicas (UGC), orientando su actividad hacia el proceso. Ello significa un paso más en la efectividad de las unidades funcionales, donde el paciente es el eje sobre el que gira la atención de las diferentes unidades médicas, de enfermería y administrativas. Una vez conseguida una cultura de gestión clínica en las unidades funcionales, es posible preparar el servicio para la autonomía económica. Ello comporta elaborar previamente: 1) los planes estratégicos; 2) las necesidades de recursos estructurales y de reposición tecnológica; 3) la estructura de organización y funcionamiento; 4) el cálculo de la capacidad máxima de actividad; 5) los objetivos asistenciales, docentes e investigadores; 6) la evaluación del sistema de información clínica.

Las líneas estratégicas, objetivos y planes determinarán la dirección que tome una Unidad de Gestión Clínica en los próximos años.

Los objetivos de una Unidad de Gestión Clínica de Oftalmología son:

1.1. Asistenciales: Prestar atención sanitaria especializada en Oftalmología de máximo nivel en todas las ramas de la especialidad, que responda a las necesidades y expectativas de la población, así como contribuir a la sostenibilidad del sistema. Proporcional atención integral médico-quirúrgica de calidad, y orientada al usuario.

1.2. Docentes: Deben contemplar el pregrado, la formación de especialistas, y la formación continuada para todos los miembros del Servicio.

1.3. De investigación: Potenciar la investigación en Oftalmología, coordinando las actividades investigadoras del Servicio de Oftalmología con las de la Universidad, para una mejor utilización de los recursos humanos y materiales

1.4. Gestión de Calidad: Calidad Total

Las estrategias son las líneas maestras de actuación para conseguir los objetivos y, como hemos señalado, guardan relación con la situación externa y la interna.

Un plan de actuación consta de un conjunto de actividades, ya muy específicas, inspiradas en una o varias estrategias, y pretende conseguir unos objetivos muy concretos.

## **Líneas Estratégicas, Objetivos y Planes de Acción de la Unidad de gestión Oftalmología**

### **4.1.- Línea Estratégica 1: Gestión Clínica Eficiente. Mejora asistencial**

#### Objetivo 4.1.1.- Cumplimiento de Acuerdos de Gestión Clínica

Establecer las bases para mejorar el cumplimiento de los acuerdos de gestión pactados.

#### **Acciones:**

Dar a conocer a todo el Servicio los Acuerdos de Gestión del año en Sesión Administrativa. Informar de resultados obtenidos en los Acuerdos de Gestión del año anterior

**Recursos:** No precisa

### Indicadores:

- Indicadores cumplimiento de acuerdos de calidad
- Indicadores cumplimiento de acuerdos de Docencia
- Indicadores cumplimiento de acuerdos de Investigación

#### Objetivo 4.1.2.- Objetivo Financieros y de Sostenibilidad de la Unidad

Sostenibilidad es la implicación del personal de la unidad en la gestión de los recursos disponibles.

No realizar actuaciones que no sean útiles para el paciente. La iniciativa “DO NOT DO” del NICE británico, argumentan y señala un alto número de actuaciones no útiles. El Ministerio de Sanidad también ha presentado recomendaciones para no realizar intervenciones innecesarias de doce sociedades científicas: es el Proyecto “Compromiso por la calidad de las Sociedades Científicas.

#### Acciones a desarrollar:

- Lograr que los procesos de gestión clínica y asistencias sean coste efectivos y coste eficientes reduciendo la variabilidad en la práctica clínica (vías clínicas)
- Incluir objetivos económicos en el cuadro de mandos integral
- Eficiencia en la prescripción terapéutica
- Motivación e implicación a los profesionales en la gestión de la Unidad
- Mejora de accesibilidad con reducción de demoras
- Gestión de recursos adecuada (no indicar pruebas diagnósticas si no aportan valor)
- Definir y desarrollar un plan de mejora y gestión por competencias en el equipo e individualizado

### Objetivo 4.1.3.- Definir e Implantar la Consulta Alta Resolución en Consultas Externas de Oftalmología

Consulta, primera o sucesiva, en la que en un mismo día se realizan al paciente las exploraciones complementarias solicitadas, y en consecuencia, el paciente recibe el diagnóstico y orientación terapéutica o el alta si procede. Permite una atención integral, rápida y eficaz. El objetivo es analizar las numerosas consultas de alta resolución que se están ya realizando en el Servicio de Oftalmología de modo que podamos controlar y potenciar este elemento.

#### Acciones a desarrollar

- Identificar, definir consultas más susceptibles de Alta Resolución
- Revisión de procesos más prevalentes de estas consultas
- Ajustar equilibrio entre demora primeras visitas y resolución
- Modificar agendas de Consultas
- Reorganizar consultas de Hospital y personal enfermería
- Revisar las competencias necesarias para la mejora en el rendimiento de las técnicas diagnósticas

#### Recursos

- No incrementa nuevos recursos. Reorganización de flujos asistenciales y del trabajo de los profesionales.

#### Monitorización: Indicadores

- Índice de consultas primeras / sucesivas.
- Índice de satisfacción de los pacientes.
- Indicadores específicos por tipo de patología de repetición de consultas por el mismo problema en un determinado periodo de tiempo
- Índice de satisfacción de los profesionales

Objetivo 4.1.4.- Aplicar TIC en atención sanitaria de procesos oftalmológicos

La Oftalmología es una especialidad basada en el análisis de imágenes: Tomografía Coherencia Óptica (OCT), Angiografía Fluoresceínea (AGF), Campo Visual, Retinografías. Los objetivos de la implementación de la digitalización de la imagen médica en las consultas son el poder disponer de un repositorio de imágenes accesible y permitir la continuidad asistencial entre niveles asistenciales. La integración las imágenes digitales oftalmológicas en la historia clínica electrónica permitirá:

- Acceso a las imágenes desde cualquier consulta
- Posibilidad de teleconsulta
- Permite la integración Atención Primaria –Atención Especializada
- Optimización recursos
- Implantación de programas de cribado

El despliegue de este objetivo porque está en relación a la evolución del Proyecto del hospital.

Objetivo 4.1.5.- Mejorar la Atención en Centro de Especialidades

Mejorar la accesibilidad de pacientes en C. Especialidades Oftalmología

**Acciones a desarrollar**

- Redefinir las consultas de optometría para mejora del rendimiento
- Reorganización agendas de consultas
- Implantación de protocolos de actuación comunes en C. Especialidades para disminuir la variabilidad.
- Creación de un protocolo de actuación consensuada entre AP y Oftalmología para derivación de pacientes
- Consulta de alta resolución en C: Especialidades: no generar sucesivas

- Creación agenda registro de técnicas diagnósticas en C.E Babel
- Buscar nueva ubicación para consultas C.E San Vicente

### Recursos

- Incorporar el perfil de óptico -optometrista para desarrollar sus funciones Específicas, aumentando el rendimiento del oftalmólogo en consulta C.E. Babel

### Indicadores

- Demora para primeras consultas < 30 días en C. E San Vicente
- Demora para primeras consultas <90 días en C. E Babel
- Demora para visitas preferentes
- Demora para visitas sucesivas
- Encuestas de satisfacción de pacientes y profesionales

#### Objetivo 4.1.6.- Creación de una Área de tratamiento de enfermedades de Retina en el Servicio

Las inyecciones intravítreas (IIV) son procedimientos mínimamente invasivos para la administración de fármacos en el ojo. Constituye un importante escalón terapéutico para el control de muchas patologías oftalmológicas como la degeneración macular asociada a la edad (DMAE), el edema macular diabético (EMD), la oclusión de la rama venosa de la retina (ORVR) o la neovascularización coroidea (NVC) secundaria a miopía patológica

Las previsiones de futuro indican que en países desarrollados se va a producir un aumento de la incidencia de enfermedades retinianas: DMAE, EMD, ORVR y NVC. La prestación de servicios en enfermedades de retina está cambiando muy rápidamente, por las nuevas innovaciones terapéuticas que aportan valor, pero que condicionan la necesidad de reorganizar el trabajo de los servicios de oftalmología para adecuarlos a la creciente demanda de pacientes oftalmológicos con patologías de la retina <sup>(10)</sup>.

En España, no existe una normativa reglada sobre la ubicación del procedimiento de IIV <sup>(10)</sup>. El Servicio Andaluz de Salud en el 2013 publicaba una

aclaración sobre la codificación de la IIV con el CIE-9-MC (Clasificación Internacional de Enfermedades, 9.<sup>a</sup> revisión, Modificación Clínica), definiendo el procedimiento como ambulatorio que no requiere de quirófano y que suele realizarse en las propias consultas, aunque aclara que algunos centros por razones organizativas pueden usar el quirófano. La Guía de La Sociedad Española de Vítreo Retina (SERV) <sup>(11)</sup> publicada en enero de 2018 no hay una recomendación específica sobre el lugar requerido para realizar el procedimiento de IIV (consultas, salas de curas o quirófano), siempre y cuando el especial presente la suficiente comodidad tanto para el paciente como para el oftalmólogo, y así mismo permita la realización de una técnica estéril.

Actualmente en la mayoría de hospitales se empieza a realizar este procedimiento en salas limpias ubicadas en consultas de hospitales. La ventaja de la administración de las IIV en consultas o salas limpias sería la reducción de las listas de espera y el menor coste de la realización del procedimiento, así como la disponibilidad de los quirófanos para otros procedimientos <sup>(12)</sup>.

En el Servicio de Oftalmología del HGUA, tal como se ha descrito al realizar el análisis de la actividad de quirófano se ha producido un aumento importante del número de IVV en los últimos 4 años. En 2018 1556 IVV. La IVV se realiza actualmente en quirófano por problemas organizativos y ausencia de sala blanca para IVV. Esto impide que puede realizarse el tratamiento el mismo día de la visita.

El objetivo de la creación de esta área es la de realizar un acto único: en la misma visita se realiza el diagnóstico, decisión e inyección intravítrea. La creación de una sala blanca en el área de consultas, permitirá dar respuesta al creciente volumen de pacientes. La atención será más ágil y rápida, simplificará el circuito de atención y disminuirá el número de visitas de los pacientes al hospital, mejorando la eficiencia de este tratamiento.

#### Planes acción:

- Aprobación proyecto por la Dirección Hospital.
- Reorganización agendas

#### Recursos:

- Coste de la creación de la sala blanca
- Camilla-sillón
- 1 enfermera
- 1 Auxiliar de Enfermería

#### Indicadores:

- Numero de inyecciones intravítreas realizadas el mismo día del diagnóstico.

## 4.2.- Línea Estratégica 2: Atención centrada en el paciente

### Objetivo 4.2.1.- Analizar las necesidades y expectativas de los pacientes para incorporarla al diseño de los procesos

El objetivo es orientar nuestro servicio hacia el paciente como eje principal, escucharlo y dar respuesta a sus necesidades

#### Acciones

- Conocer que necesita y espera el paciente mediante metodología de tipo cualitativo y encuestas para transformarlos en objetivos.
- Reorientar los procesos asistenciales incorporando el punto de vista del paciente
- Evaluar la adecuación entre la calidad de los servicios ofrecidos y las necesidades y expectativas de los pacientes

#### Recursos

- No incrementa nuevos recursos

#### Indicadores

- Informe de quejas reclamaciones y agradecimientos
- Indicadores satisfacción paciente sobre el funcionamiento del Servicio

Objetivo 4.2.2.- Mejorar la percepción de calidad nuestros pacientes en relación a la información y la comunicación

Facilitar información de calidad al paciente para que participe en decisiones que afectan a su salud. El paciente que participa de forma activa cumple mejor las recomendaciones médicas

**Acciones a desarrollar**

- Elaborar e implantar un plan de acogida del paciente en el proceso quirúrgico
- Facilitar información escrita y visual para los pacientes y acompañantes sobre aspectos básicos de su enfermedad
- Formación sobre habilidades de comunicación (Información clínica)
- Sistema para seguimiento y medición mediante cuestionarios de satisfacción periódicos

**Recursos**

- No incrementa nuevos recursos

**Indicadores**

- Informe de quejas reclamaciones y agradecimientos
- Indicadores derivados de los resultados de las encuestas de satisfacción del paciente
- Porcentaje de informes de alta entregados al final del proceso

### **4.3.-Línea Estratégica 3: Plan de calidad Total**

Objetivo 4.3.1.-Definir e Implantar un Sistema de Gestión de Calidad basado en la normalización y enfoque a procesos

La calidad se suele definir como el cumplimiento de los requisitos, ya sea que estos sean explícitos o implícitos, para la satisfacción de un cliente.

Un enfoque a la gestión de la organización desde un planteamiento directivo sería el basado en la planificación, ejecución, evaluación y toma de

decisiones, es decir una orientación hace el ciclo de mejora continua como elemento dinamizador y motor de los cambios de las organizaciones

El término que enlaza “sistema” y “calidad” es “gestión”. A todo este puzzle de conceptos y elementos interactuando es a lo que llamaríamos sistema de gestión de la calidad, de forma que con estas consideraciones que hemos iniciado en esta introducción ya queda enmarcado el “Sistema de Gestión de la Calidad”

La normalización de los procesos asistenciales es uno de los planteamientos que puede minimizar los problemas de la variabilidad de la práctica clínica como elemento indeseable. Las organizaciones se adhieren a una serie de normas definidas y aceptadas a nivel general que tratan de cómo deben desarrollarse e implantarse los sistemas de calidad. Las Normas ISO 9000 son un conjunto de pautas y directrices internacionales para la gestión de la calidad. Los principios de gestión de la calidad, en los que se basan las Normas ISO en la versión del año 2015 son estos siete conceptos:



El proceso de acreditación de un servicio del hospital implica la evaluación de la estructura organizativa y la provisión de asistencia, en comparación con estándares profesionales para determinar si el servicio cumple con el número suficiente de estándares para recibir la acreditación. La acreditación debe cumplir con los principios de independencia, integridad y confidencialidad. El proceso de acreditación debe reunir voluntades y esfuerzos: facultativos, enfermería y personal no asistencial.

Mapa de procesos de la Unidad de Oftalmología:

Se dividen en tres boques fundamentales, siendo el cliente la piedra angular de todos:

1.-Procesos estratégicos de gestión: delimitan y planifican nuestra actividad diaria: gestión, plan de seguridad del paciente etc...

2.- Procesos operativos o clínicos: son los que se aplica a l práctica clínica. Son la razón de ser de nuestro servicio: Atención en consultas, atención en urgencias, quirófano, y todo ello bajo la práctica clínica basada en la evidencia.

3.-Procesos de Soporte: son las actividades necesarias para realizar nuestro trabajo diario: informática, mantenimiento, administración.

### Acciones a desarrollar

- Definición de procesos en Oftalmología: Mapa de Procesos y Fichas de Proceso
- Descripción de los Procesos: Procedimientos Generales y Específicos
- Evaluación y Seguimiento de los Procesos. Indicadores de Proceso
- Mejora Continua y Rediseño de los Procesos.
- Certificación del Sistema de Gestión de la Calidad

### Recursos

- Formación en el tema y desarrollos organizativos y rediseño de los circuitos asistenciales

### Indicadores

- Numero procesos identificados, definidos y descritos en procedimientos
- Indicadores de Actividad de los Procesos
- Indicadores de adecuación científico técnica, efectividad y eficiencia de los procesos

### Objetivo 4.3.2.-Diseñar y desplegar vías clínicas en las patologías más prevalentes

*Las guías de práctica clínica (GPC)* constituyen el conjunto de recomendaciones basadas en una revisión sistemática de la evidencia y en la evaluación de riesgos y beneficios de las diferentes alternativas, con el objeto de optimizar la atención sanitaria a los pacientes.

*Las vías clínicas* son un instrumento dirigido a reducir la variabilidad de la práctica clínica, aplicable no sólo a aspectos médicos sino también a la

utilización de los recursos sanitarios, que se observa entre las diferentes instituciones sanitarias. Pretenden por tanto definir la secuencia de las actuaciones sanitarias estableciendo las diferentes responsabilidades de los distintos estamentos sanitarios y la duración de las mismas referidas a un procedimiento particular. Su fin último es aumentar la calidad de la asistencia y optimizar el uso de recursos. Su principal aplicabilidad es en enfermos con patologías determinadas y curso clínico predecible, ya que en ellos es posible predecir la secuencia, duración y responsabilidad de las diferentes actuaciones sanitarias <sup>(13)</sup>.

En nuestro Servicio ya disponemos de vía clínica en patología más prevalente como la cirugía de cataratas.

En estos momentos aplicando un protocolo asistencial a la patología más prevalente en la Sección de Retina y seguimos las Guías de Práctica Clínica de la Sociedad de Vítreo Retina: Degeneración macular asociada a la edad, Retinopatía Diabética, Oclusiones vasculares, Membrana neovascular miópica, Membrana epiretiniana, Desprendimiento de retina y Agujero macular.

El objetivo es establecer una vía clínica para Degeneración macular asociada a la edad, y Retinopatía diabética

#### Acciones a desarrollar

- Formación en metodología para el desarrollo de vías clínicas entre los profesionales
- Definición de las patologías a tener en consideración y su prioridad
- Revisión de las guías clínicas y de las patologías escogidas
- Adaptación de las necesidades técnicas de la guía clínica al proceso asistencial
- Desarrollo del documento de la vía clínica y matriz de trabajo, sus protocolos e instrucciones.
- Pilotaje de la vía clínica definida en un área concreta.
- Implantación, seguimiento y monitorización de la vía clínica

#### Recursos

- Formación de los profesionales en el tema y cambios organizativos asistenciales y de apoyo

## Indicadores

- Numero patologías gestionadas con el enfoque de la vía clínica
- Indicadores de adecuación científico técnica, efectividad y eficiencia de la vía clínica
- Índice de efectos adversos
- Satisfacción de los pacientes

### **4.4.- Línea Estratégica 4: Gestión de Riesgos y Seguridad del paciente en Oftalmología**

Objetivo 4.4.1.- Fomentar la identificación y notificación de los efectos adversos mediante los procedimientos implantados en el Hospital (SINEA)

La seguridad es un componente clave y esencial de la calidad asistencial e implica desarrollar estrategias para evitar en lo posible y minimizar el daño innecesario al paciente asociado a la asistencia sanitaria <sup>(14)</sup>. En enero de 2007, la OMS lanzo un proyecto dirigido a mejorar la seguridad de la atención quirúrgica a nivel mundial. Esta iniciativa fue denominada “las practicas quirúrgicas seguras salvan vidas”. Mediante un proceso internacional, la OMS creó una lista de verificación quirúrgica (check list) para mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas y reducir los efectos adversos evitables. Su objetivo es que los equipos quirúrgicos adopten de forma sistemática medidas de seguridad esenciales.

El siguiente esquema deja a la seguridad como elemento eje y central de los componentes de la calidad en los servicios sanitarios



La Oftalmología ha experimentado en los últimos 20 años grandes avances tecnológicos. Algunos de estos avances, como la aparición de los antiangiogénicos (inyecciones intravítreas), nos han permitido tratar a un gran número de pacientes. Con el envejecimiento de la pirámide poblacional española, el número de pacientes que reciben tratamientos médicos y quirúrgicos en nuestras consultas se ha multiplicado. El elevado volumen de pacientes obliga a la realización de numerosos procedimientos por jornada, lo que incrementa el riesgo de errores médicos <sup>(15,16)</sup>.

El objetivo es que en la Unidad de Gestión de Oftalmología impere una cultura de la seguridad que nos permita prevenir incidentes adversos evitables y minimizar la incidencia de los no evitables.

- El primer paso para *desarrollar una cultura de seguridad* en nuestra práctica es entender por qué es necesario estudiar los sucesos adversos en la atención sanitaria.
- El siguiente paso es realizar una *monitorización de los sucesos adversos* que ocurren en el servicio.
- El tercer paso es *informar de los eventos centinela* cuando ocurren o, aún mejor, cuando se detectan antes de que hayan producido el daño.

El SINEA es un sistema de notificación instaurado en los hospitales y centros de salud de la Conselleria de Sanidad que permite canalizar la información sobre eventos en la seguridad del paciente para analizarlos y diseñar elementos de mejora.

### Acciones a desarrollar

- Formación básica en seguridad del paciente
- Sensibilización en cultura de seguridad, herramientas y sistemas de notificación
- Implementación de prácticas seguras: cumplimentación Check List, lavado de manos, base alcohólica en todas las consultas.
- Presentación del proyecto SINEA
- Implantación de SINEA en el Servicio
- Identificar los efectos adversos más frecuentes en Oftalmología

### Recursos

- Información por responsable SINEA

### Indicadores

- Nº de notificaciones
- Análisis de los efectos notificados

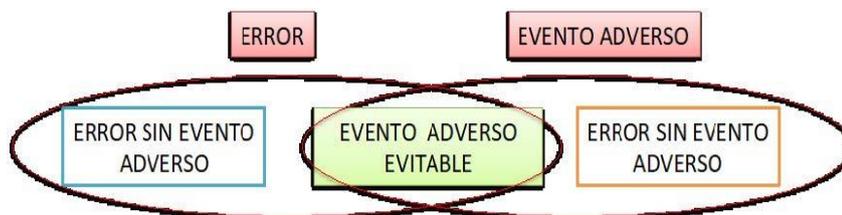
Objetivo 4.4.2 – Definir e implantar la Gestión de Riesgos y Seguridad del Paciente según la Norma UNE 179003-2013 integrada en el sistema de calidad en Oftalmología

Los sucesos adversos en Oftalmología, se definen como acontecimientos relacionados con la atención sanitaria que tienen consecuencias negativas para el paciente. Pueden dividirse en evitables (por ejemplo, los errores de medicación, o las cirugías en el ojo equivocado) e inevitables (como las endoftalmitis postquirúrgicas).

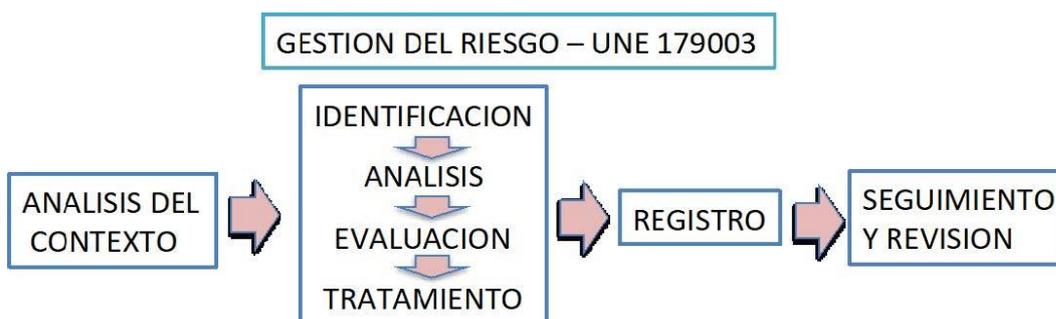
En España, según datos publicados, en torno al 9-12% de los pacientes atendidos en hospitales, tanto en hospitalización como en urgencias, y al 1-2% de los pacientes atendidos en centros de atención primaria sufren un evento adverso relacionado con la atención recibida <sup>(17)</sup>. Estas cifras son semejantes a las que se presentan en otros países. En definitiva los eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria son un problema de salud pública por su magnitud, trascendencia y posibilidad de prevención.

Cuando ocurre un evento adverso lo importante no es quién se equivocó, sino cómo y por qué las defensas fallaron.

En esta figura se pueden ver la relación de entre el error y el efecto adverso



El Sistema de Gestión de la Calidad acorde con la versión del 2015 de *la Norma ISO 9001*, plantea un enfoque de gestión de los riesgos de los procesos en una organización y de forma específica la *Norma UNE 179003-2013* de Gestión de Riesgos para la Seguridad del Paciente son metodologías más que adecuadas para el abordaje del problema , con un planteamiento claro y proponiendo herramientas sencillas para la priorización y análisis de los riesgos y orientado a la práctica como se puede ver en el esquema general sobre el abordaje de los riesgos.



El objetivo es definir e implantar la gestión de Riesgos y Seguridad del Paciente según la Norma UNE 179003-2013 integrada en el sistema de calidad en Oftalmología.

### Acciones a desarrollar

- Elaboración e implantación de un plan de seguridad exhaustivo
- Sistemas de comunicación y de notificación
- Metodología reactiva y proactiva para mejorar la seguridad
- Procedimientos de Identificación, Análisis y Tratamiento de los riesgos
- Utilización de herramientas y metodología (AMFE, Análisis Causa-Raíz)
- Plan para la gestión de riesgos: documentación y registro, verificación y revisión,
- Auditorías y mejora continua

### Recursos

- Formación interna para los profesionales en la metodología de trabajo y cambios y rediseño de procesos.

### Indicadores

- Nº de efectos adversos detectados y notificados
- Porcentaje de efectos adversos que no llegan al paciente
- Nº de procedimientos analizados con la metodología AMFE
- Nº de Acciones de Tratamientos para los riesgos detectados y analizados

## 4.5.-Línea Estratégica 5: Mejora de la Continuidad asistencial

### Objetivo 4.5.1.- Mejorar la continuidad asistencial con Atención Primaria (AP)

La continuidad asistencial entre AP y oftalmología va a mejorar la calidad asistencial, mejora la eficiencia y la satisfacción de profesionales y pacientes.

El objetivo es:

- Incrementar la capacidad resolutoria de AP en relación a la patología oftalmológica más prevalente y de baja complejidad
- Mejorar la accesibilidad y eficiencia a la atención especializada en oftalmología

- Asegurar la continuidad asistencial en la atención de enfermedades oftalmológicas y reducir la variabilidad
- Optimización de recursos

#### Acciones a desarrollar

- Selección de patologías más frecuentes
- Protocolos, criterios de derivación y Guías Clínicas con A.P: urgencias absolutas, consultas no demorarles (menor de 15 días) y consulta ordinarias
- Protocolos de exploración oftalmológica en la infancia con Pediatría
- Sesiones clínicas abiertas y bidireccionales Oftalmólogo de Referencia para AP
- Correo electrónico para consultas urgentes inmediatas de retina
- Rotaciones por consultas de oftalmología de los médicos de atención primaria

#### Recursos

- No incrementa nuevos recursos
- Dotación tecnológica AP básica: linterna, Oftalmoscopio directo, Optotipos, Test Visión colores, Rejilla Amsler, Colirios.

#### Monitorización: Indicadores.

- Numero de áreas de mejora que afectan a la integración
- Mejora del índice de satisfacción de los profesionales: encuestas de satisfacción
- Disminución del número de Primeras Visitas derivadas
- Porcentaje de consultas no demorables atendidas en < 15 días

#### Objetivo 4.5.2.- Mejorar el programa de Telemedicina para RD

Prevalencia de DM en la Comunidad Valenciana: 9,26% en 2014 (8,48% en mujeres y 10,07% en hombres (*Datos: IV Plan de Salud 2016-2020 Comunitat Valenciana*)<sup>(1)</sup>).

Según este dato, por población del DSAHG, tendremos una población de aproximadamente 24.700 pacientes con DM. Hasta la actualidad han sido evaluados por el programa 8072 pacientes y muchos pacientes llevan 10 años mediante control por el programa sin necesidad de revisión oftalmológica.

El objetivo es el cribado de toda la población diabética del DSAHG en 5 años. La implicación de los médicos de atención primaria nos permitirá cumplir este objetivo, pues permitirá que sean leídas por Oftalmología las retinografías patológicas o dudosas.

#### Acciones a desarrollar

- Formación de los médicos de AP en la lectura de Retinografías
- Creación de Aula de formación de fondo de ojo para que los médicos de familia adquieran conocimientos
- Redefinición del proceso de Retinografías en AP

#### Recursos

- No incrementa nuevos recursos materiales. Los propios de la dedicación de los profesionales de AP con sus pacientes

#### Monitorización: Indicadores

- Numero de Retinografías por C. Salud en el último año
- Número de profesionales formados en lectura de Retinografías
- Consultas de Medico de AP a Oftalmología respecto Retinografías realizadas
- Porcentaje de Retinografías derivadas al servicio de Oftalmología.

#### **4.6.- Línea Estratégica: Mejora del Proceso Docente de Oftalmología**

##### Objetivos:

- Revisión y Actualización Guía Docente de Formación especializada para médicos residentes de Oftalmología y rotantes externos
- Desarrollar un área de cirugía experimental para médicos residentes.
- Formación continuada: sesiones clínicas de casos, revisiones sistemáticas, bibliográficas con participación de todos los miembros del Servicio
- Docencia Postgrado: Realización del Master de Investigación en Medicina Clínica de la UMH por médicos residentes

##### Acciones a desarrollar:

- Sesiones Bibliográficas mensuales
- Participación Sesión General Hospital
- Fomentar la realización de estudios de Postgrado de los MIR: introducción a la Investigación
- Implicación en preparación de sesiones de los facultativos del Servicio y resto de personal no facultativo (optometrista, enfermería)
- Formación en nuevas tecnologías

##### Recursos

- No precisa

#### **4.7.- Línea Estratégica 7: Fomento de la investigación**

El objetivo es Sistematizar y mejorar la investigación

##### Acciones a desarrollar:

- Creación de líneas de investigación: investigación básica y clínica.
- Participación en ensayos clínicos por unidades.

- Aumento de la producción científica del Servicio (publicaciones y comunicaciones, trabajos de investigación de fin de master y tesis doctorales).
- Fomento de relación con otros grupos de investigación a través de ISABIAL

#### Indicadores:

- Número de trabajos publicados
- Números de comunicaciones al congreso de la Sociedad Española de Oftalmología

### **4.8.-Línea Estratégica 8: Visibilidad del Servicio**

#### Objetivo 4.8.1.-Plan de comunicación externa para dar visibilidad a la Sección

Se trata de dar proyección de la Unidad de Oftalmología al exterior: un servicio visible va a ser más eficiente

#### Acciones:

- Campañas de información a pacientes
- Entrevistas de profesionales del Servicio, con el apoyo del Gabinete de Comunicación del hospital, para publicación en prensa y radio.

#### Objetivo 4.8.2.- Creación de una página Web de la Unidad

Creación y mantenimiento de una página web propia de oftalmología que debe quedar alojada en el servidor del Hospital.

Estos serían los contenidos: recursos humanos, ubicación, cartera de servicios, área de profesionales, información al paciente, actividad docente, actividad investigadora, y noticias de interés. Puede servir como herramienta de comunicación interna y comunicación a los pacientes.

## **4.9.- Línea Estratégica 9: Liderazgo y Gestión Participativa**

### Objetivo 4.9.1.- Liderazgo compartido y desarrollar el trabajo en equipo

Entiendo que todo este proyecto tiene que hacerse desde una perspectiva de liderazgo compartido y que el jefe de una Unidad de Gestión Clínica debe ser capaz de comunicar, liderar y motivar al equipo.

La motivación depende de la personalidad del líder y de sus habilidades en el trato humano, así como de las características de los trabajadores. Pienso que es necesario dotar de relevancia y continuidad las funciones de todo el personal, dando autonomía y distribución de responsabilidad. Reforzar una Cultura de Excelencia entre las personas del Servicio y favorecer el desarrollo profesional y personal de los miembros del Servicio a través de la implicación y participación de todos sus profesionales, fomentando la responsabilidad y eficacia mediante el trabajo en equipo e impulsando la gestión del cambio. El trabajo en equipo divide el trabajo y multiplica los resultados

El objetivo es cohesionar a los miembros del servicio, aumentar sentido corporativo y de pertenencia al servicio como vía para el progreso individual y colectivo. Para reforzar una cultura de excelencia hacia las personas el modelo EFQM de excelencia dice que los resultados excelentes se logran mediante un liderazgo que dirija e impulse a las personas.

## **4.10.- Línea Estratégica 10: Cuadro de mandos integral**

El cuadro de mandos integral (CMI) es un elemento básico para la gestión sanitaria y debe basarse en información relevante, fiable y actualizada con la periodicidad establecida.

El CMI se encarga del seguimiento continuo del grado en que se cumplen los objetivos y planes de acción. Vigila, controla y monitoriza.

Es también una herramienta de transparencia porque permite controlar y dar transparencia externa al servicio. En resumen es un instrumento que permite evaluar y seguir las líneas estratégicas.

Adopta 4 perspectivas: Financiera, Perspectiva del cliente, perspectiva del proceso interno y perspectiva del aprendizaje y crecimiento.

CRONOGRAMA 1º AÑO	2º AÑO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar y definir consultas alta resolución</li> <li>• Disminuir demoras C.E</li> <li>• Reorganización agendas</li> <li>• Redefinir las consultas de optometrista en C.E</li> <li>• Ampliar quirófanos tarde</li> <li>• Plan formación personal no facultativo</li> <li>• Implantación del SINEA en el Servicio</li> <li>• Formación personal en metodología de procesos y vías clínicas</li> <li>• Vía clínica DMAE</li> <li>• Reunión con coordinadores Centros de Primaria e inicio de creación de protocolos de derivación, sesiones</li> <li>• Medidas para mejorar la calidad docente</li> <li>• Plan de comunicación interna del servicio</li> <li>• Monitorización planes de acción</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encuestas a pacientes y reorientar los procesos para incluir expectativas de los pacientes</li> <li>• Protocolos de acogida a pacientes</li> <li>• Acreditación Servicio Gestión de calidad norma ISO</li> <li>• Gestión de Riesgos y Seguridad del paciente según la norma UNE 179003</li> <li>• Página WEB del Servicio</li> <li>• Lectura de Retinografías por médicos de Atención Primaria</li> <li>• Vía Clínica Glaucoma</li> <li>• Vía Clínica Retinopatía Diabética</li> <li>• Monitorización planes de acción</li> </ul>

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- IV Plan de Salud 2016-2020 Comunidad Valenciana. Salud en todas las edades. Salud en todas las políticas.
- 2.- Memoria de gestión 2016. Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública.
- 3.- Memoria de Gestión 2016 DSAHG.
- 4.- La Constitución Española de 1978 (BOE de 29/12/1978).
- 5.- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (BOE de 29/04/1986).
- 6.- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (BOE de 29/05/2003).
- 7.- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización (BOE de 16/09/2006).
- 8.- Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones (BOE de 24/04/2012).
- 9.- Plan Estratégico para la gestión de la Formación Especializada en Ciencias de la Salud en la Comunidad Valenciana 2008-2011.
- 10.- Inyecciones intravítreas. Efectividad y seguridad en función del lugar de procedimiento. Informe de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Ministerios de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 17 junio 2016.
- 11.- Guías de práctica clínica de la SERV .Manejo de las inyecciones Intravítreas. Segunda revisión enero 2018.
12. - Abell RG, Kerr NM, Allen P, Vote BJ. Intravitreal injection: is there a benefit for theatre setting? Br J Ophthalmol.2012; 96:1471-8.
- 13.- Carrasco G., Ferrer J. Las vías clínicas basadas en la evidencia Como estrategia para la mejora de la calidad: metodología, ventajas y limitaciones. Revista Calidad Asistencial 2001; 16:199- 207.
- 14.- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2015-2020.

<http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf>

15.- J.J. González-López, P. Hernández-Martínez y F.J. Muñoz-Negrete. El error médico y la seguridad del paciente en Oftalmología. Arch Soc Esp Oftalmol 2017;927:299-301.

16. - Kelly SP, Barua A. A review of safety incidents in England and Wales for vascular endothelial growth factor inhibitor medications. Eye (Lond). 2011; 25:710–6.

17.- Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización: ENEAS 2005. Madrid: 2006. Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en:

<http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2006/ENEAS.pdf>

