

TRABAJO FIN DE MÁSTER



**Título: Memoria de Gestión del Servicio de
Cirugía General y del Aparato Digestivo del
Hospital Universitario Reina Sofía**

Alumno: Emilio Peña Ros

Tutor: Domingo Orozco Beltrán

Master Universitario en Gestión Sanitaria

Curso: 2017-2018

TRABAJO FIN DE MÁSTER



Título: Memoria de Gestión del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital Universitario Reina Sofía

Alumno: Emilio Peña Ros

Tutor: Domingo Orozco Beltrán

Master Universitario en Gestión Sanitaria

Curso: 2017-2018

ANEXO I

APROBACIÓN PARA TUTORIZACIÓN ALUMNO-TUTOR

CURSO 2017-2018

DATOS PERSONALES DEL ESTUDIANTE:

Nombre y apellidos: Emilio Peña Ros

Titulación: Máster Universitario en Gestión Sanitaria

D.N.I.: 23040801E

Domicilio: Avenida Intendente Jorge Palacios 20, Bajo B

CP y población: 30003, Murcia

Correo electrónico: emilio.doctor@gmail.com

Teléfono: 686797476

SOLICITA, la asignación de la aprobación del tutor:

(DATOS PERSONALES DEL TUTOR/TUTORES)

Nombre y apellidos: Domingo Orozco Beltrán

Correo electrónico: dorozcobeltran@gmail.com

Teléfono:

Título provisional del TFM: (No es necesario completarlo si no lo sabes)

Memoria de Gestión del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital Universitario Reina Sofía



26 de Enero de 2018

Fecha y firma del estudiante

Firma del tutor/tutores

ÍNDICE

1. METODOLOGÍA. DEFINICIÓN DE ESTRATEGIA Y VALORES	1
1.1. Misión	1
1.2. Visión	2
1.3. Valores	3
2. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN	4
2.1. Análisis externo	4
2.1.1. Perfil de pacientes	4
2.1.2. Tendencias futuras	5
2.1.3. Análisis demográfico	6
2.1.4. Organización de la Asistencia Sanitaria en la Comunidad y Marco Legislativo	7
2.1.5. Pacto por objetivos	9
2.2. Análisis interno	10
2.2.1. Estructura de la institución	10
2.2.2. Cartera de servicios	11
2.2.3. Actividad	14
2.2.4. Estructura del servicio	18
2.2.5. Lista de espera	21
2.3. Matriz D.A.F.O. del análisis estratégico	22
2.3.1. Debilidades	22
2.3.2. Amenazas	23
2.3.3. Fortalezas	24
2.3.4. Oportunidades	24
2.3.5. Matriz DAFO	26
3. ESTRATEGIA Y OBJETIVOS	27
3.1. Liderazgo y empoderamiento	27
3.2. Mapa de procesos	28
3.3. Actividad asistencial centrada en el paciente y calidad total	31

3.4. Optimización del uso de recurso	34
3.5. Mejorar el apoyo a actividades de docencia e investigación	36
4. PLAN DE ACTUACIÓN	39
4.1. Acciones	39
4.2. Actividad asistencial centrada en el paciente	40
4.3. Impulsar la calidad total	41
4.4. Actividades de docencia e investigación	43
4.5. Recursos necesarios	44
5. CONCLUSIONES	45
6. REFERENCIAS	46



RESÚMEN

Metodología: la misión es prestar una asistencia especializada integral y personalizada, orientada a la excelencia en equidad, calidad, seguridad y eficiencia. Se pretende ser un servicio de referencia en la especialidad, con el paciente como eje fundamental sobre el que desarrollar la actividad.

Análisis de la situación: el análisis externo nos sitúa en un entorno con una población con tendencia al envejecimiento y a la cronificación de procesos, en el que debemos tratar desde pacientes jóvenes con patología benigna a patología neoplásica en incremento en los últimos años. Los objetivos de gestión priorizan la sostenibilidad del sistema y la garantía de accesibilidad, junto con la mejora de los resultados en calidad y seguridad. El análisis interno evidencia un servicio consolidado y bien estructurado, con una amplia cartera de servicios, en el que la actividad ha ido en aumento, junto con la calidad, reduciendo estancias medias, mortalidad, y listas de espera.

Existen debilidades como la comunicación con Atención Primaria, y amenazas como la cronificación de los procesos, pero que con una plantilla altamente capacitada y apoyados en oportunidades como las nuevas líneas estratégicas del SMS permitirán seguir creciendo y ofreciendo una atención de calidad.

Estrategia y Objetivos: las líneas estratégicas se basan en el liderazgo y el empoderamiento, la creación de mapas de procesos para conseguir la calidad total, y una actividad asistencial centrada en los pacientes monitorizando la satisfacción de los mismos. Otro objetivo es la optimización del uso de recursos disminuyendo la tasa de suspensión y aumentando el índice de ocupación de quirófano. Por último, continuar promoviendo la investigación y la docencia pre y postgraduada.

Plan de actuación: es prioritario establecer una interrelación profunda con Atención Primaria (AP). La monitorización de los indicadores de calidad total es un aspecto clave para lograr los objetivos propuestos. La creación de una Unidad Docente en convenio con la Universidad y el apoyo a los facultativos implicados en proyectos de investigación para promover este ámbito son puntos clave.

1. METODOLOGÍA. DEFINICIÓN DE ESTRATEGIA Y VALORES

Todas las organizaciones necesitan diseñar y ejecutar un plan estratégico para la consecución de las metas y objetivos planteados, siendo éste un elemento indispensable para su gestión.

La planificación estratégica es un proceso de orientación y enfoque para hacer posible el futuro deseado, a través de un procedimiento sistemático y dinámico de análisis y decisión, contando con las expectativas de los grupos de interés, los condicionantes y potencialidades, tanto externas como internas. La planificación estratégica asume una visión global de la organización, está orientada al entorno y trata sobre las acciones cuyo objetivo es hacer avanzar al servicio hacia su Visión. Supone un elemento clave de dirección de las organizaciones modernas.

La planificación operativa es complementaria y se basa en las líneas derivadas de la planificación estratégica, se ocupa del resto de actuaciones necesarias para el buen funcionamiento del servicio. Tiene una visión funcional y se orienta hacia la organización.

Este proyecto se basa en un análisis de datos objetivos procedentes de una actividad consolidada durante años, por lo que debe ser considerada como una propuesta de mejora organizativa que debe ser consensuada para que se impliquen todos los miembros del Servicio. Por tanto a continuación se exponen la Misión, Visión y Valores del Servicio.

1.1 MISIÓN

La MISIÓN es la razón de ser del Servicio:

- La Misión del Servicio de Cirugía General y Digestiva (SCGD) del Hospital General Universitario reina Sofía es prestar a los pacientes con patología quirúrgica del área VII, una asistencia sanitaria especializada integral y personalizada, con criterios de equidad, calidad, seguridad y eficiencia y orientada hacia la excelencia.

- Pretendemos cumplir con sus necesidades en cuanto a diagnóstico, tratamiento y continuidad de cuidados y cubrir sus expectativas en cuanto a trato, información y confort.
- Todo esto persiguiendo un alto nivel de calidad asistencial, potenciando la implementación de buenas prácticas y en la adecuación de medios diagnósticos y terapéuticos, acorde con la Medicina Basada en la Evidencia y la experiencia acumulada.
- Colaboraremos con otros Servicios y Unidades del propio centro y mejoraremos la relación con Atención Primaria, Salud Pública y Servicios Sociales para la promoción, prevención y protección de la salud.
- Contribuiremos a producir conocimiento científico de calidad y relevancia social en el ámbito de la patología quirúrgica y fomentaremos el aprendizaje continuado entre los profesionales del Servicio.
- Impartiremos docencia de alta calidad, como medio para garantizar una formación de excelencia, tanto para los profesionales que el Servicio forme, como para los alumnos Medicina.

1.2 VISIÓN

La VISIÓN es el horizonte cualitativo al que debe dirigirse el Servicio de Cirugía:

- El Servicio de Cirugía pretende ser un servicio de referencia en la especialidad, reforzando su imagen de liderazgo en el SMS, prestando una asistencia de calidad, con una búsqueda continua de mejora en conocimientos, aptitudes y adecuación de las prácticas según la mejor evidencia disponible.
- Trabajaremos para mejorar continuamente la atención al ciudadano, que será cada vez más integral, personalizada, ágil, eficiente y humana, teniendo al paciente como eje fundamental sobre el que desarrollar la actividad asistencial.
- Queremos que sea reconocido por su alta calidad asistencial y tecnológica, investigación y docencia y, por sus buenos resultados, tanto por los profesionales como por los pacientes y sus familias, así como por

el entorno social; siendo un Servicio flexible que se adapte a la evolución de las necesidades de la sociedad.

- Impulsaremos un clima que favorezca el desarrollo integral de los profesionales en sus labores asistenciales, docentes, investigadoras y de gestión clínica, con el fin de incrementar el orgullo de pertenencia a su Servicio.

1.3 VALORES

Los VALORES del Servicio de Cirugía nos van a guiar en nuestra práctica asistencial y deben ser coherentes con la ética personal, con los del grupo profesional y con los propios del Área de Salud VII. Se centrarán en:

- El paciente es el eje central de nuestra actividad, nuestra razón de ser
- Respeto a las creencias, decisiones y cultura del paciente
- Eficacia clínica y práctica basada en la evidencia
- Velar por la seguridad del paciente
- Flexibilidad para innovar en respuesta a las necesidades de los pacientes
- Comunicación fluida, empática y transparente
- Confidencialidad
- Continuidad asistencial como requisito para una atención integral
- Trabajo en equipo dirigido a resultados controlables y evaluables
- Uso apropiado de los recursos en la búsqueda de la eficiencia
- Aprendizaje permanente como acicate para la competencia y el perfeccionamiento personal y grupal
- El paciente como agente activo en la toma de decisiones
- El compromiso en la mejora continua de la calidad
- Contribución al conocimiento básico y aplicado de nuestra especialidad
- Sentido y orgullo de pertenencia al Servicio, al Hospital y al Sistema Sanitario Público.

En resumen, compartimos la máxima del Hospital, creemos en un:

“Compromiso asistencial impregnado de valores”

2. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

El estudio de la situación tiene dos componentes: externo e interno. El análisis de la situación externa pretende acceder al conocimiento de la realidad ajena al servicio, compuesta por una serie de factores del entorno que pueden influir en la actividad de la unidad, factores que son difícilmente modificables por no estar bajo control del planificador; así se determinan las Amenazas y Oportunidades que el ambiente externo representan para el servicio. Por otra parte, el análisis de la situación interna del servicio supone una autoevaluación o auditoría que determinará sus Fortalezas y Debilidades, características que pueden ser modificables mediante cambios de planificación, organización y dirección.

De la confrontación entre el análisis externo (Amenazas y Oportunidades) y el interno (Fortalezas y Debilidades), mediante una herramienta útil, el llamado método DAFO (debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades), surgen los posibles objetivos a alcanzar, así como las estrategias y planes para su consecución.

2.1 ANÁLISIS EXTERNO

El ambiente externo a un servicio requiere un minucioso estudio por cuanto supone una serie de factores difícilmente modificables y que pueden determinar el éxito o el fracaso de la gestión. El análisis externo no está tan sistematizado como el interno, y la información necesaria resulta difícil de obtener e interpretar. Además, el entorno tan inestable y rápidamente cambiante de la sanidad y de la tecnología añaden dificultades a su análisis. Por ello, una estimación y predicción correcta del ambiente externo constituye una ventaja fundamental. A continuación pasamos a realizar el análisis del entorno.

2.1.1 Perfil de pacientes

Los grandes problemas de salud de la población de Murcia son las enfermedades cardiovasculares y la diabetes, la detección precoz del cáncer, la mortalidad asociada a accidentes y suicidios, las enfermedades mentales y neurodegenerativas, la tuberculosis, el sida y otras enfermedades de

transmisión sexual, toxicomanías y consumo de tabaco y alcohol, los alimentos y la salud bucodental en la infancia y las embarazadas. Otro problema añadido es el envejecimiento poblacional.

Las principales causas de hospitalización ordenadas según GRD en los últimos 10 años en los hospitales públicos de nuestra Región (excluyendo el embarazo, parto y puerperio) siguen siendo las enfermedades del aparato circulatorio, respiratorio y digestivo.

Los pacientes tipo a atender en un servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo en nuestro sistema de Salud son muy variados. Al tratarse de una especialidad con una cartera de servicios tan amplia atiende desde pacientes jóvenes sin patología de base hasta pacientes muy añosos con múltiples comorbilidades.

Los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD) más frecuentemente tratados en los Servicios de Cirugía General y del Aparato Digestivo son la hernia inguinal y la colelitiasis, patología que puede presentarse a cualquier edad y en diferentes cuadros clínicos, desde urgentes a electivos. Además, el incremento de la prevalencia de cáncer de origen digestivo hace que otra gran parte de los pacientes a atender sean pacientes de mayor edad y con patología asociada.

2.1.2 Tendencias futuras

A partir de la década de los 90 el crecimiento anual medio de la población de la Región de Murcia fue 2,7 veces superior al de España. Esta tendencia se mantiene, aunque con menos fuerza, en los últimos cinco años. El porcentaje de extranjeros sobre el total de la población es en la Región de Murcia del 14,4%, siendo esta cifra la tercera más alta de España, por detrás de Baleares y la Comunidad Valenciana.

La medicina, y subsecuentemente la cirugía, han adquirido en las últimas décadas una especialización científico-técnica, lo que unido al envejecimiento progresivo de la población y la aparición de nuevas enfermedades, y al

aumento de la esperanza de vida, incrementa el gasto sanitario y supone un reto en la gestión de los recursos.

2.1.3 Análisis demográfico

La población de la Región de Murcia según los datos publicados por el Centro Regional de Estadística de Murcia de Junio de 2016, referidos por el INE y el Instituto Geográfico Nacional, era de 1.469.596 habitantes, lo que representa un 3% del número total de habitantes de España. En los dos últimos años, la Región de Murcia es una de las CCAA con mayor crecimiento relativo de España, junto con Baleares y Madrid.

El Área VII de Salud de la Región de Murcia (Murcia/Este) supone una suma de 199.439 usuarios de tarjeta sanitaria individual (TSI) en el mes de enero de 2017, a los que habría que añadir un número aproximado de 7.000-10.000 como población inmigrante.

La figura 1, recoge la pirámide de población del Área de Salud VII, a fecha 1 de Enero de 2017.

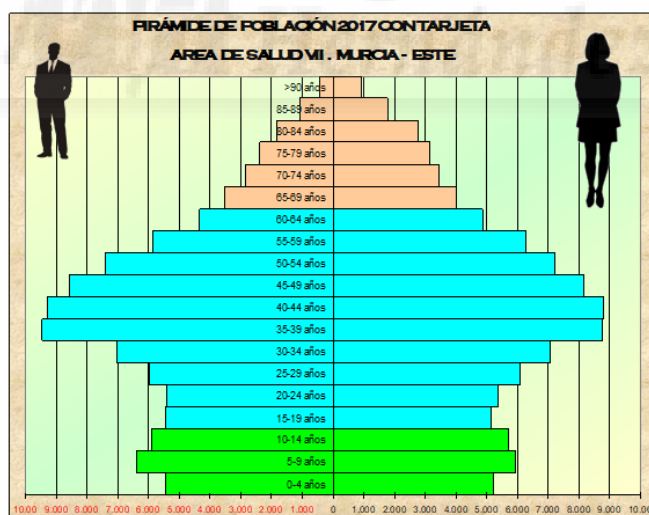


Figura 1. Pirámide poblacional del área VII

Como se puede observar se trata de una pirámide ensanchada en la parte central, lo que indica un descenso de la natalidad que progresivamente derivará en un envejecimiento de la población.

2.1.4 Organización de la Asistencia Sanitaria en la Comunidad y Marco Legislativo

La Ley 4/1994, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia, recoge en su exposición de motivos, la nueva estructura del sistema sanitario de la Región, separando la autoridad sanitaria, que recae en la Consejería de Salud, de la prestación de asistencia sanitaria que la reserva al ente público Servicio Murciano de Salud (SMS), adaptándose de este modo a los preceptos de la Ley General de Sanidad.

El Servicio Murciano de Salud, para el cumplimiento de sus fines, se integra por centros, servicios y aquellos establecimientos sanitarios cuya titularidad sean de la Administración de la Comunidad Autónoma; los de Corporaciones Locales, en los términos previstos en la Ley de Salud y en la Ley General de Sanidad; y aquellos de titularidad de la Seguridad Social, que fueron transferidos a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Para el cumplimiento de esta función se establecieron las transferencias en materia sanitaria el 1 de enero de 2002. De esta manera el SMS se consolidó como el ente gestor de la asistencia sanitaria en Murcia.

La ordenación territorial definida por la Ley General de Sanidad se basa en la definición de dos tipos de demarcaciones territoriales: las áreas de salud y las zonas básicas de Salud. El establecimiento de estas demarcaciones territoriales se realiza a partir del Mapa Sanitario.

La Orden de 24 de abril de 2009 de la Consejería de Salud, establece el Mapa Sanitario de la Región de Murcia y, divide la Región en 9 Áreas de Salud (figura 2).

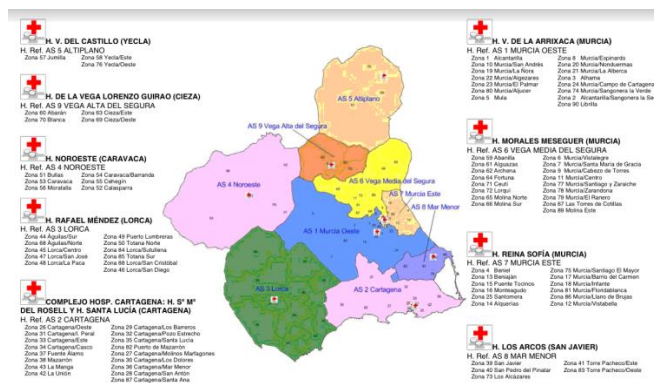


Figura 2. Estructura de la asistencia sanitaria en la Región de Murcia

La normativa legal básica que regula la organización de la asistencia sanitaria en España es la Ley General de Sanidad, Ley 14/1986 de 25 de abril. En este marco legal se ha estructurado y organizado tradicionalmente la asistencia hospitalaria (antes llamada especializada) como el segundo nivel de atención sanitaria.

Todos los hospitales se adscriben a un área de salud, siendo ésta el marco territorial donde se presta la asistencia sanitaria integral en los dos niveles de atención, primaria y hospitalaria. Su delimitación corresponde a la Comunidad Autónoma. En la Región de Murcia hay constituidas formalmente 9 Áreas de Salud. En la actualidad se cuenta con un total de 10 hospitales públicos, incluyendo el Hospital Psiquiátrico Román Alberca, y 14 privados. En el organigrama actual del SMS, dependiendo de la Dirección General de Asistencia Sanitaria, se encuentran las gerencias y direcciones de las Áreas de Salud.

En cuanto a la estructura de gestión de los hospitales, siguiendo el RD 521/1987, los servicios y actividades se agrupan en las siguientes divisiones: gerencia, división Médica, división de Enfermería y división de Gestión y Servicios Generales. Las funciones de cada división del organigrama son las siguientes:

- El Director Gerente asume la superior autoridad y responsabilidad, correspondiéndole la representación del área sanitaria y la organización de los servicios y unidades. Estas funciones son asumidas por el Director Médico cuando no existe la figura de director gerente, y en los supuestos de vacante o ausencia del mismo.

- El Director Médico organizará la actividad asistencial a través de los Jefes de Servicio o responsables de las Unidades inferiores al Servicio, proponiendo al Gerente las medidas necesarias para el mejor funcionamiento de los mismos.
- El Director de Enfermería es el responsable del funcionamiento de las Unidades y Servicios de la división de enfermería; promueve y evalúa la calidad de las actividades asistenciales, docentes e investigadoras desarrolladas por el personal de su división.
- El Director de Gestión y Servicios Generales proporciona el soporte administrativo y técnico, así como de Servicios Generales necesarios para el cumplimiento de los objetivos de las restantes divisiones, organizando el funcionamiento de las Unidades y Servicios adscritos a su división.

El desarrollo de las gerencias únicas de área como modelo de gestión ha sido extendido a todo el SMS a partir del mes de enero de 2010.

El modelo de gerencia única de área, del que existen numerosas experiencias en el estado español, se define como una estructura administrativa única destinada a la gestión de la prestación de asistencia sanitaria en el ámbito de un área de salud, y que engloba los niveles asistenciales de Atención Primaria y Atención Hospitalaria. Esta estructura única de gestión tiene el cometido fundamental de integrar y unificar tanto los procesos asistenciales como los procesos de gestión de recursos. Los objetivos permanentes siguen siendo la continuidad y la calidad asistencial, y la máxima eficiencia en la utilización de los recursos.

2.1.5 Pacto por objetivos

El Contrato de Gestión (CG) del SMS es una herramienta de gestión descentralizada a través de la cual la gerencia del SMS traslada a sus centros las líneas estratégicas de la política sanitaria regional.

El CG encaja perfectamente en la dinámica de cambio de las organizaciones del Servicio Murciano de Salud y, viene definido por:

- La voluntad de hacer llegar a los profesionales los objetivos del CG a través de Pactos de Gestión con los Equipos de Atención Primaria y Servicios Hospitalarios.

Para el ejercicio 2017 los objetivos del Acuerdo de Gestión se mantuvieron en la línea de 2016 poniendo el énfasis en la sostenibilidad del sistema, la garantía de accesibilidad a los servicios y la mejora continua de los resultados de la atención sanitaria a través de la monitorización de la calidad y seguridad de la atención sanitaria; como podemos observar en el esquema siguiente:

1	Despliegue del Acuerdo de Gestión
2	Monitorizar la calidad y seguridad de la atención sanitaria.
3	Evaluación de la accesibilidad y eficiencia de los recursos
4	Uso racional de los medicamentos.
5	Promover la formación y actualización de los conocimientos de los profesionales.
6	Contribuir a la sostenibilidad del sistema mediante un adecuado cumplimiento presupuestario.

2.2 ANÁLISIS INTERNO

El análisis del SCGD no es sino una auditoría de su actividad y estructura. La información necesaria está en el propio centro asistencial, a partir de los sistemas de información centrales y del propio servicio. Sin embargo, presenta el problema de la falta de objetividad ante una autoevaluación, por lo que es deseable la colaboración de analistas ajenos al Servicio.

2.2.1 La Estructura de la Institución

El Hospital General Universitario Reina Sofía (HGURS) abrió sus puertas a finales de 2005 como edificio nuevo. El Centro donde está ubicado el Servicio se trata de un Hospital General de Área de 336 camas que trata cualquier patología aguda de adultos, con exclusión de las especialidades de tercer nivel (excepto alguna como la Oncohematología, aunque la sede de esta

especialidad se encuentre ubicada en el Hospital JM Morales Meseguer) y de la Pediatría y Obstetricia.

2.2.2 Cartera de Servicios

La cartera de servicios y procedimientos cubre todas las patologías y procesos de la especialidad, excepto aquellos que necesitan del apoyo de otros servicios de los que no dispone nuestro hospital.

Es importante analizar con perspectiva histórica lo que tradicionalmente ha realizado nuestro servicio con calidad y buenos resultados, así como medir la actividad desarrollada para poder determinar, negociar y redefinir la cartera de servicios. En este sentido nuestras fronteras asistenciales son cada vez más numerosas, destacando por ejemplo, la cirugía de la carcinomatosis peritoneal como una de las últimas incorporaciones a la cartera de servicios.

Actualmente nuestra Cartera de Servicios es la siguiente:

- PATOLOGÍA COLOPROCTOLÓGICA:

- Tumores malignos colorrectales
- Procesos inflamatorios y patología benigna
- Procesos benignos anorrectales
- Incontinencia anal
- Cirugía proctológica: Fisuras, Fístulas y Hemorroides
- Sinus pilonidal
- Microcirugía endoscópica
- Cirugía laparoscópica colorrectal

- PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS ANORRECTALES:

- Rectoscopia y Anuscopia
- Ecografía endoanal
- Neuroestimulación del nervio tibial posterior
- Manometría anal
- Videodefecografía

- PATOLOGÍA DEL INTESTINO DELGADO:
 - Tumores benignos y malignos
 - Enfermedad inflamatoria intestinal
 - Cirugía de los divertículos intestinales
 - Cirugía del apéndice

- PATOLOGÍA HEPATOBILIOPANCREÁTICA:
 - Tumores benignos y malignos de hígado
 - Tumores de las vías biliares
 - Patología inflamatoria del páncreas (pancreatitis agudas y crónicas)
 - Tumores pancreáticos y duodenales
 - Colelitiasis y coledocolitiasis (cirugía laparoscópica y abierta)

- PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS:
 - Ecografía intraoperatoria

- PATOLOGÍA ESOFAGOGÁSTRICA:
 - Trastornos motores y divertículos esofágicos
 - Úlcera gastroduodenal
 - Patología benigna y maligna esofagogástrica
 - Cirugía de la enfermedad por reflujo gastroesofágico
 - Abordaje laparoscópico de tumores gastroduodenales y enfermedad por reflujo

- OBESIDAD MÓRBIDA:
 - By-pass gástrico
 - Manga gástrica
 - Abordaje laparoscópico de ambos procesos

- PATOLOGÍA ENDOCRINA:
 - Patología de tiroides y paratiroides
 - Cirugía mínimamente invasiva videoasistida de paratiroides
 - Tumores neuroendocrinos
 - Cirugía de las glándulas suprarrenales
 - Abordaje laparoscópico de las glándulas suprarrenales

PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS.

- Biopsia de adenopatías cervicales
- Determinación intraoperatoria de PTH
- Monitorización intermitente intraoperatoria del nervio recurrente

- CIRUGÍA DE PARED, PARTES BLANDAS Y BAZO

- Hernias y eventraciones
- Abordaje laparoscópico de eventraciones y hernias de Spiegel
- Tumores retroperitoneales
- Cirugía del bazo
- Esplenectomía laparoscópica
- Tumores de partes blandas
- Linfadenectomía inguinal

- CIRUGÍA MENOR

- PATOLOGÍA DE LA MAMA

- Patología maligna y benigna de la mama
- Cirugía radical y conservadora de la mama
- Oncoplastias
- Colocación de expansores
- Linfadenectomía axilar

- PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

- Biopsia selectiva del ganglio centinela (OSNA)
- Biopsia dirigida por arpón
- Consejo genético

- PROCEDIMIENTOS URGENTES

- Patología quirúrgica urgente
- Politraumatismos
- Drenajes torácicos

- PATOLOGÍA PERITONEAL

- Cirugía citorreductora
- Quimioterapia intraperitoneal hipertérmica

2.2.3 Actividad

La auditoría de la actividad del Servicio se realiza a partir de indicadores de actividad, monitorizados por el propio Hospital y disponibles en informes periódicos.

En cuanto a la actividad quirúrgica podemos observar en el gráfico 1 la evolución de las intervenciones realizadas desde el año 2006 al 2016 y, así vemos que el total de intervenciones en el año 2006 fue de 1.927 llegando en 2016 a las 2.340. En el gráfico, además, apreciamos la diferencia entre intervenciones urgentes y programadas.

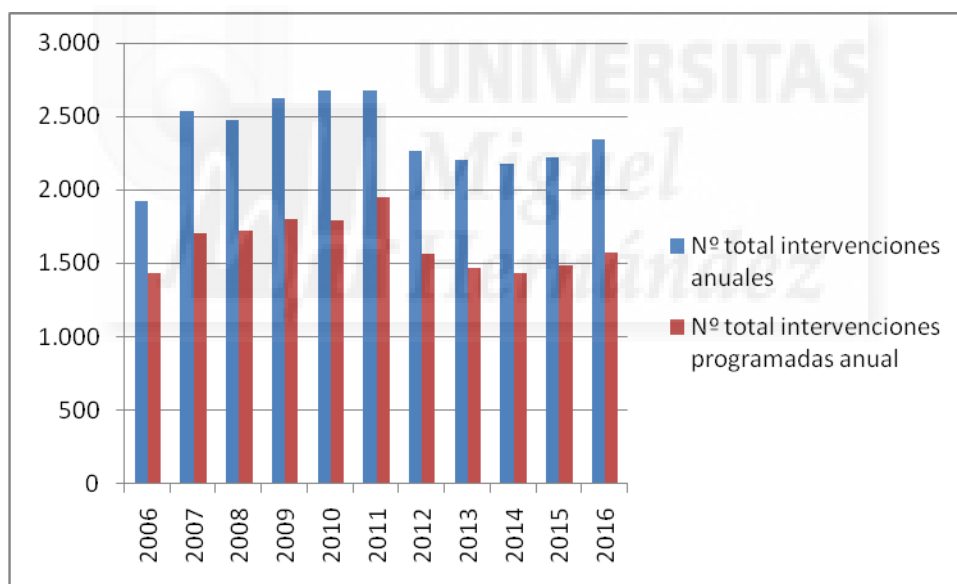


Gráfico 1. Número de intervenciones quirúrgicas anuales

Sin embargo, el número de pacientes intervenidos en régimen de CMA ha disminuido. Esta situación es atribuible a la disminución de la actividad quirúrgica de tardes a partir de la crisis económica (Gráfico 2)

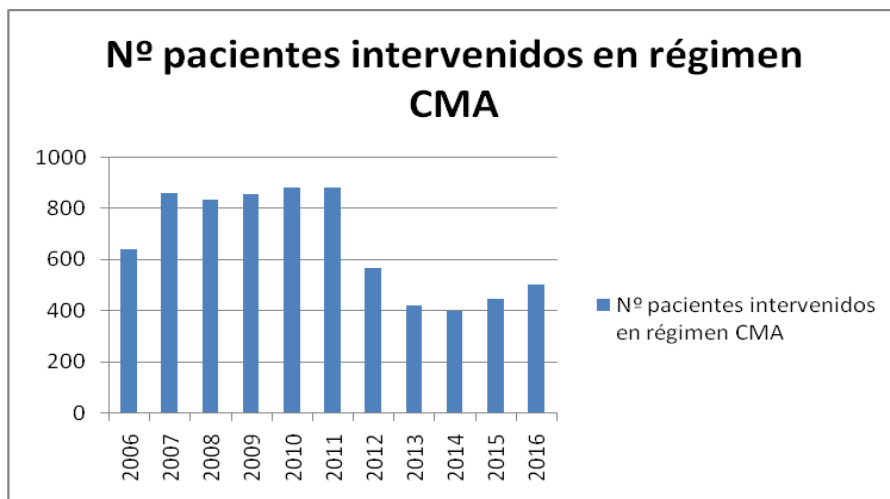


Gráfico 2. Número de pacientes intervenidos en régimen CMA

En relación con el índice de ocupación de quirófano hemos observado un descenso, encontrándose en cifras de 83,64% en 2006 y de 70,54% en 2016. Este índice debemos estudiarlo para saber donde está el problema, ya que por ejemplo, el tiempo medio quirúrgico anual ha pasado de ser 3.381 en 2006 a 4.248 en 2016. El número y tasa de suspensiones quirúrgicas se mantiene en cifras similares, 4,65% en 2006 y 4,89% en 2016.

En el área de Hospitalización el índice de ocupación ha oscilado del 73,26% al 74,82%; pasando el número de ingresos anuales de 6.454 a 7.178. El número de altas hospitalarias/año ha aumentado, siendo de 1.735 en 2006 a 2.079 en 2016 (Gráfico 3).

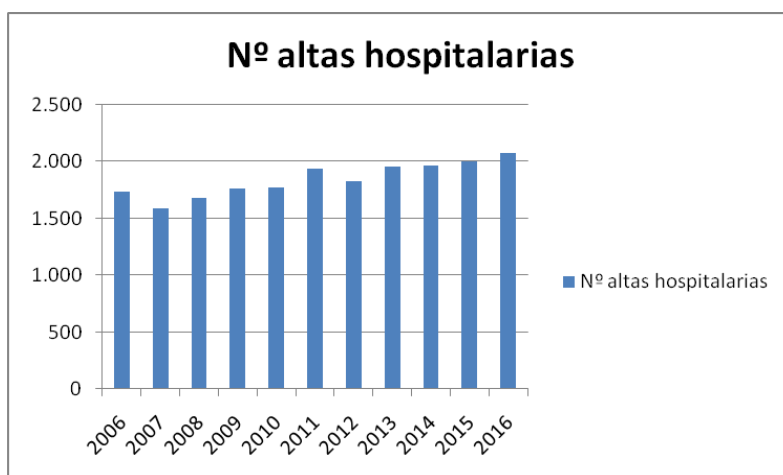


Gráfico 3. Número de altas hospitalarias por año

Hemos observado un descenso en la estancia media hospitalaria que ha variado de 7,04 días a 5,85 días, como se puede apreciar en el gráfico 4.

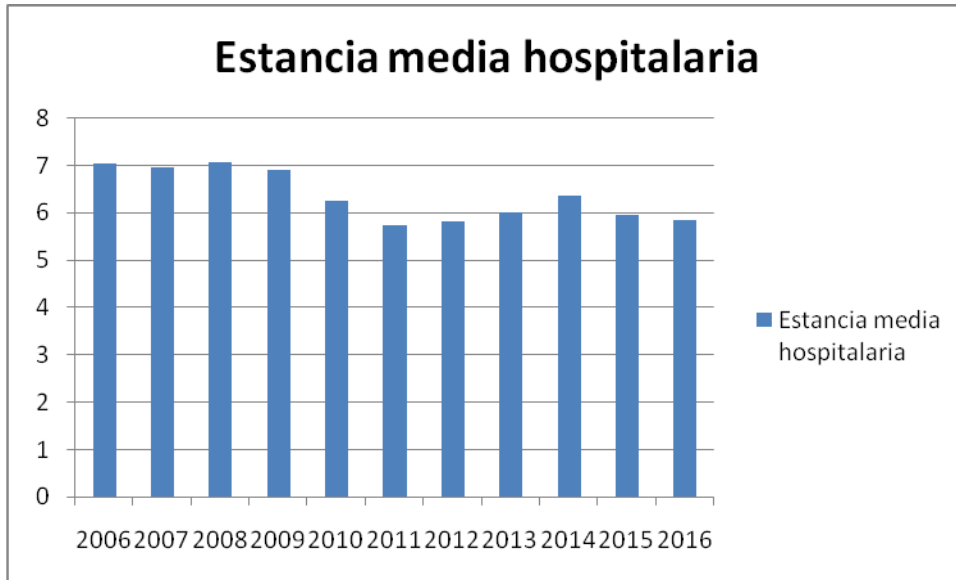


Gráfico 4. Estancia media hospitalaria por año

En el área de consultas el número de consultas semanales/año ha oscilado de 163,48 a 330,5 (Gráfico 5), siendo el número de primeras visitas de 4.205 en 2006 y de 5.391 en 2016. El número de visitas sucesivas/año, varió de 3.642 a 10.466, debido a la mayor complejidad de los procesos intervenidos (Gráfico 6).

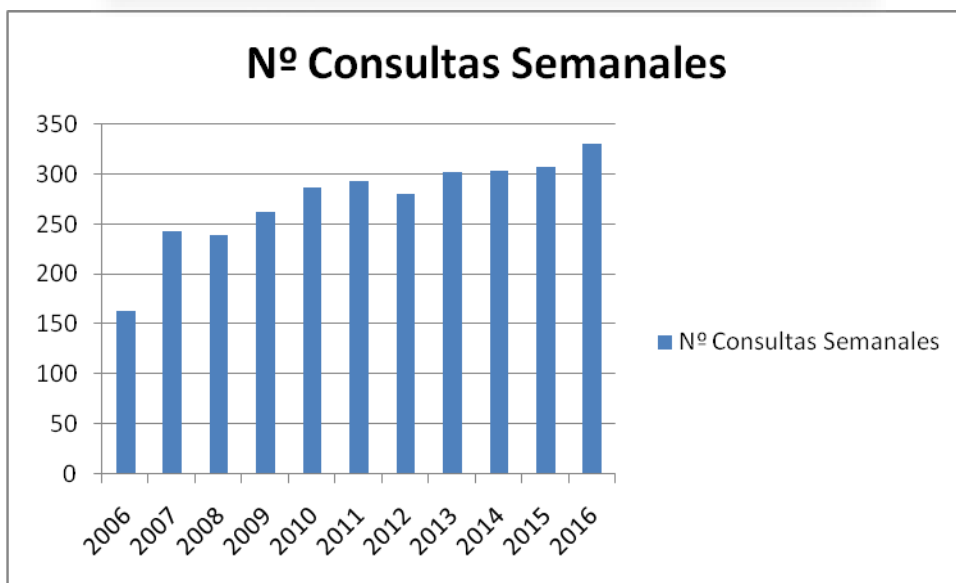


Gráfico 5. Número de consultas semanales por año

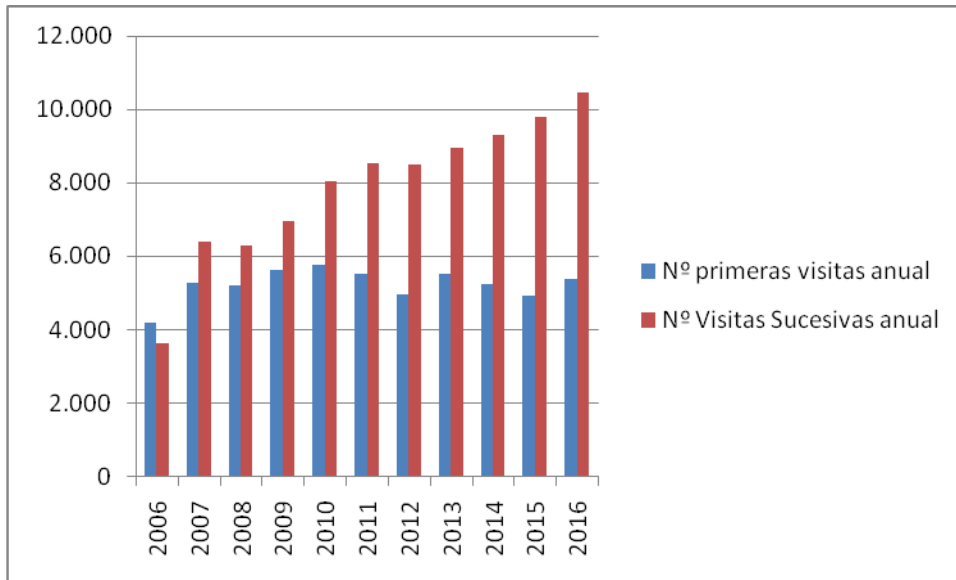


Gráfico 6. Número de primeras visitas y sucesivas por año

En relación con los índices de calidad, por lo que se refiere a la estancia media postquirúrgica, observamos, en el Gráfico 8 un descenso importante; siendo en 2006 de 9,75 y en 2016 de 2,44. Esta reducción se debe a la concienciación del grupo y a la implementación de las vías clínicas, con el propósito de disminuir el gasto hospitalario.

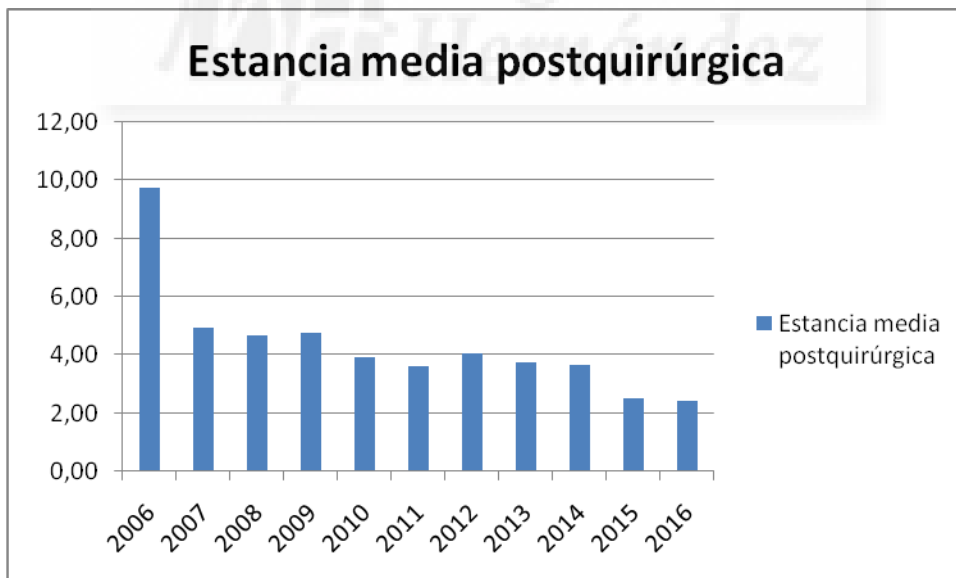


Gráfico 7. Estancia media postquirúrgica por año

En cuanto a la mortalidad hospitalaria anual, se observa un ligero descenso del año 2006 al 2016, con cifras muy estables a pesar de la atención de patología cada vez más compleja como se aprecia en el Gráfico 8.

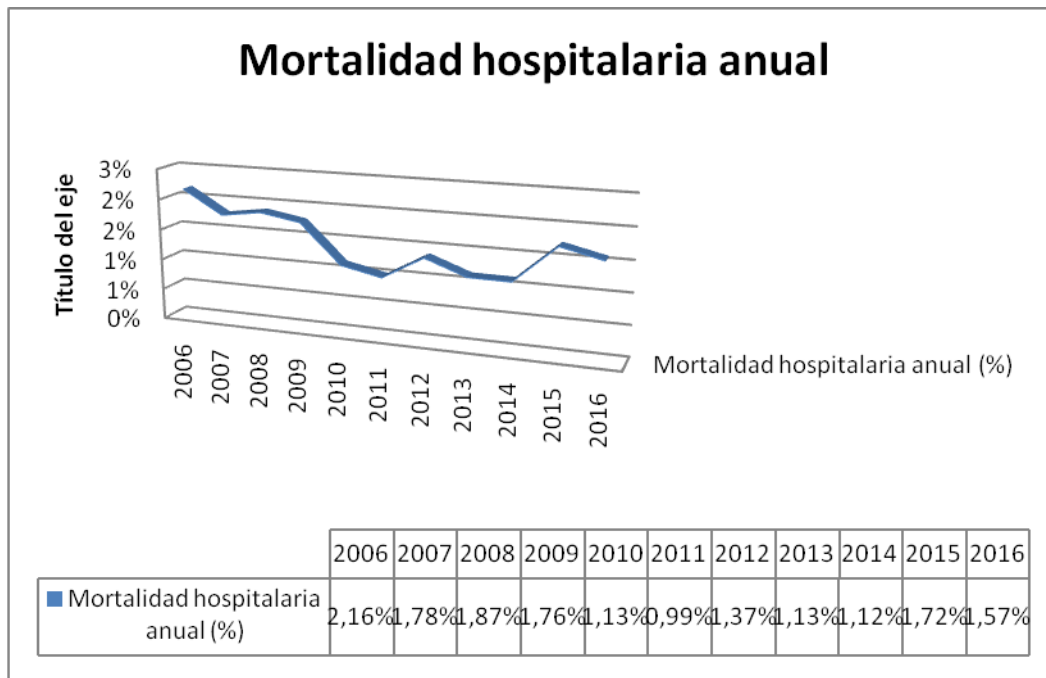
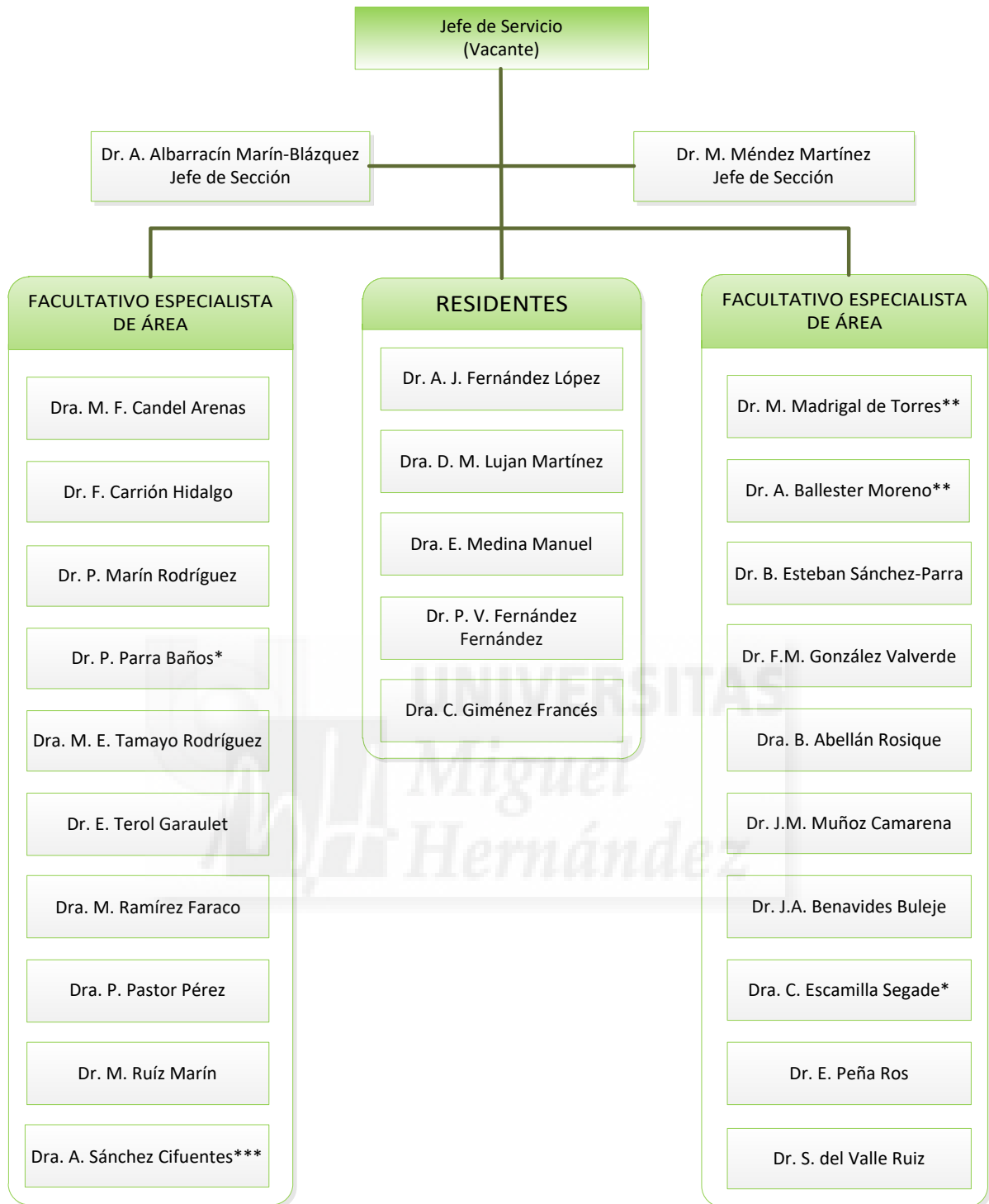


Gráfico 8. Mortalidad hospitalaria anual

2.2.4 Estructura del Servicio

El SCGD del Hospital General Universitario Reina Sofía del SMS constituye una unidad clínica que se ocupa de la actividad asistencial (consulta, hospitalización, intervención y atención de urgencias) de la especialidad correspondiente en el Área de Salud VII de Murcia, a la vez que considera imprescindibles e inseparables de la anterior la realización de actividades de docencia e investigación clínica.

En cuanto a los recursos humanos actualmente el organigrama del Servicio está compuesto por una Jefatura de Servicio (vacante en este momento), dos Jefaturas de Sección y 20 Facultativos Especialistas de Área (FEAs). En el Servicio desarrollan su formación cinco Médicos Internos Residentes (MIR), uno por año. De todos los facultativos solo son propietarios 10, el resto son interinos o contratados eventuales (figura .



* Cedido de otro hospital
 ** Jornada reducida
 *** Contratada en el tercio de jornada que deja libre el Dr. Ballester Moreno

Figura 3. Organigrama del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del HGURS

La sala de hospitalización está ubicada en la sexta planta izquierda donde dispone de 38 camas y en la sexta planta derecha donde dispone de 12 camas, de las cuales, en total, hay cuatro individuales para pacientes aislados. El Servicio puede disponer de más camas, si fuera necesario. Cada planta tiene su propia supervisora de enfermería. Diariamente se realiza el pase de planta por, al menos un facultativo de cada sección, y posteriormente se realiza la información a familiares y los informes de alta hospitalarios.

En cuanto a la actividad de consultas externas el Servicio dispone de 6 despachos ubicados en la segunda planta, 4 despachos para consultas médicas y 2 para sala de curas. A parte de los facultativos, los recursos humanos disponibles en el área de consultas son, dos enfermeras, dos auxiliares de enfermería y una auxiliar administrativa para citar a los pacientes.

La lista de pacientes citados es confeccionada y suministrada por el Servicio de Admisión. El número de pacientes citados en cada consulta es de 25, con un tiempo médico medio de 10 minutos por paciente. Las primeras visitas provienen la mayoría desde Atención Primaria y las restantes, de interconsultas de las diferentes especialidades del Hospital.

Semanalmente se pasan 18 consultas en horario de mañanas y 4 en horario de tarde, para los facultativos con actividad sustitutoria. Las consultas se distribuyen equitativamente entre los miembros del servicio, siendo personalizadas en una frecuencia quincenal, para pacientes operados o de visitas sucesivas, además de las primeras visitas correspondientes. Por otra parte, los lunes hay dos consultas en las que solo se ven primeras visitas, al igual que las que se realizan en horario de tarde. Así mismo, cada unidad funcional tiene su consulta semanal (Unidad de Pie Diabético (UPIE), Unidad de Obesidad (OBES), Unidad de Coloproctología (UCOP), etc.).

Los quirófanos están situados en el área quirúrgica de la segunda planta. Los quirófanos asignados al SCGD son:

- Quirófano 2 programado: Uso diario, excepto miércoles
- Quirófano 4 programado: Uso diario

- Quirófano 5 programado: Uso diario

Todos en horario de 8 a 15.

- Quirófano de Urgencias: disponible 24 horas

Además, los miércoles, el Servicio dispone de un quirófano, de 8 a 15 horas, en Clínica Quirón, para realizar intervenciones en régimen de CMA.

Todos los lunes, martes y jueves, de 16 a 20 horas, se dispone de uno o dos quirófanos en el área quirúrgica de la segunda planta para actividad autoconcertada.

2.2.5 Lista de espera

El tiempo medio de espera para ser visto en consultas externas, actualmente es de 18,21 días. Se ha producido una mejora en relación con los datos de 2015. La evolución se puede observar en el Gráfico 9.



Gráfico 9. Tiempo de espera medio para valoración en Consultas Externas por año

En relación con la lista de espera quirúrgica, para el año 2016 fue de 81,60 días, más alta que en 2006, pero mejorada en relación con los años 2012 y 2013, como se puede apreciar en el Gráfico 10.

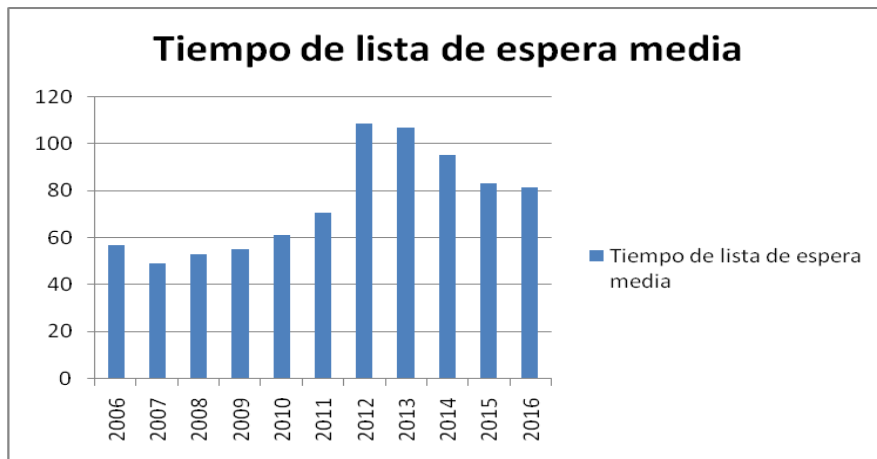


Gráfico 10. Tiempo de espera medio para intervención quirúrgica electiva por año

2.3 MATRIZ D.A.F.O. DEL ANÁLISIS ESTRATÉGICO

El análisis DAFO es una de las herramientas esenciales en el proceso de planificación estratégica, proporcionando una información fundamental para, por un lado la implantación de acciones y medidas correctoras de problemas y, por otro la creación de proyectos de mejora.

Este análisis se basa en dos pilares básicos: el análisis de factores internos que identifica los puntos fuertes (Fortalezas) (F) en los que debemos apoyarnos y los puntos débiles (Debilidades) (D) que es necesario superar; y el análisis de factores externos como las “Oportunidades” (O) que hay que aprovechar y las “Amenazas” (A) de las que hay que defenderse. El cruce entre ellos nos va a proporcionar objetivos alcanzables a corto, medio y largo plazo, así como las estrategias que habrá que llevar a cabo para conseguirlos.

A continuación se realiza un análisis DAFO que permitirá entender la posición estratégica del SCGD para identificar y establecer las líneas de actuación más adecuadas.

2.3.1 DEBILIDADES

Hay una limitada difusión de la información estratégica, de las líneas de actuación y de los objetivos de la institución, así como de resultados clave del centro y del servicio dentro de la propia unidad.

Tenemos poco contacto con Atención Primaria y están poco estructurados, existiendo, por tanto, bajo control de la demanda y de la continuidad asistencial.

Aunque en el servicio se han desarrollado ciclos de mejora, todavía se podrían plantear más, con el fin de mejorar los resultados de la actividad asistencial y los indicadores de calidad.

Existen ciertos problemas relacionados con la eficiencia que podrían mejorarse ampliando la ambulatorización de procesos y mejorando la estancia preoperatoria.

A pesar de tener un posicionamiento adecuado en investigación clínica y aplicada, a veces, la demanda asistencial no permite desarrollar ampliamente las labores de investigación.

Nuestro plan de calidad está bien establecido, pero consideramos que todavía es débil. Pensamos que se podría ampliar, por ejemplo, el número de vías clínicas.

Todavía existe poca cultura en relación con la seguridad del paciente. Aunque ya estamos trabajando bastante en este tema, pensamos que es de gran importancia concienciar a los profesionales, tanto del SCGD, como del resto de servicios.

2.3.2 AMENAZAS

La sostenibilidad del sistema sanitario constituye uno de los grandes retos del Sistema Nacional de Salud. Es uno de los elementos potencialmente más limitantes y que obliga necesariamente a racionalizar el gasto.

El envejecimiento de la población y la cronificación de muchos procesos que anteriormente eran causa importante de mortalidad, van a colapsar en los próximos años los sistemas sanitarios si no se consigue un abordaje integral de estas patologías y la participación de pacientes y familiares en el autocuidado.

Los cambios sociales han modificado claramente las expectativas respecto a la práctica de la medicina, generando un incremento progresivo de la demanda de servicios sanitarios, en ocasiones no del todo justificada por la incorporación de nuevas tecnologías.

2.3.3 FORTALEZAS

La plantilla está profesionalmente madura y en continua evolución, con flexibilidad para adaptarse a las necesidades organizativas, asistenciales, docentes e investigadoras para asumir los retos técnicos que conlleva la especialidad.

Estar en posesión de la acreditación para la formación MIR es el motor más adecuado para desarrollar la actividad docente, investigadora y asistencial.

Hay una elevada capacitación en los ámbitos técnico, de gestión de la calidad, de gestión clínica y metodológico. A parte de la experiencia acumulada, la incorporación de profesionales jóvenes bien capacitados y permeables ha fortalecido al servicio.

Tenemos unos buenos resultados en términos de morbi-mortalidad, lo que habla a favor de la calidad científico-técnica del grupo.

Es notoria la buena relación con el resto de servicios del Hospital.

Se posee un importante conocimiento del sistema sanitario, de la administración sanitaria nacional y regional y de sus líneas estratégicas dadas las tareas de gestión desempeñadas (Jefe de Sección y Jefe de Servicio).

2.3.4 OPORTUNIDADES

La labor de cohesión del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, basada en la Ley de Cohesión y Calidad del SNS, probablemente favorecerá el crecimiento armónico del SNS y el desarrollo de políticas homogéneas, tanto estructurales como asistenciales.

La Consejería de Salud y el SMS iniciaron un proceso de modificación de las estructuras de gestión (gerencias únicas, modificación del mapa sanitario, etc.) y de las infraestructuras (nuevos centros) que constituyen un buen soporte para la modernización y adaptación a las necesidades que del sistema sanitario demandan.

Las líneas estratégicas de la sanidad en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, bien estructuradas y en pleno desarrollo (EFQM, gestión clínica, financiación caritativa, etc.), pueden influir de forma favorable.

El convenio entre la Universidad de Murcia y el SMS ofrece mayores posibilidades al centro y a sus profesionales; al igual que la política de Investigación Sanitaria con la creación del Instituto de Investigación Biomédica (IMIB) y el apoyo de la Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia (FFIS).

También supone una oportunidad la modificación de las infraestructuras así como la incorporación de tecnología de última generación.

2.3.5 MATRIZ DAFO

<h1>ANALISIS DAFO</h1>	<p style="text-align: center;">AMENAZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> * Sostenibilidad financiera del sistema sanitario. * Envejecimiento de la población y cronificación de procesos. * Expectativas de los clientes e incremento de la demanda * Cambio estructural y de filosofía asistencial muy marcado. * No valoración adecuada proyecto. 	<p style="text-align: center;">OPORTUNIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> * Labor de cohesión del MSSSI * Modificación estructuras de gestión. * Líneas estratégicas de la sanidad bien estructuradas. * Políticas retributivas y de personal. * Relación con la Universidad. * Política de investigación. * Modificación de las infraestructuras e incorporación de tecnología.
<p>FORTALEZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> * Plantilla madura y en evolución. * Estructura jerárquica consolidada. * Muy buenos resultados en morbi-mortalidad. * Elevada capacitación en los ámbitos técnico, de gestión de la calidad, de gestión clínica y metodológico. * Buenas relaciones hospitalarias. * Conocimiento de la administración y posición en la comunidad quirúrgica. 	<p style="text-align: center;">ESTRATEGIAS DEFENSIVAS</p> <ul style="list-style-type: none"> * Análisis de costes con criterios de gestión clínica. * Acercamiento a AP. Programas Asistenciales Integrados y Consultoría. * Mantener una docencia de calidad * Comunicación de iniciativas y capacidad de llegar a consensos. 	<p style="text-align: center;">ESTRATEGIAS OFENSIVAS</p> <ul style="list-style-type: none"> * Alianzas estratégicas con AP. * Política de visibilidad externa del modelo de continuidad y resultados. * Desarrollo de la Gestión Clínica. * Objetivos plurianuales en relación con las estrategias del Servicio e institucionales. * Alianzas estratégicas con grupos de investigación. * Programa de formación continuada.
<p style="text-align: center;">DEBILIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> * Limitada difusión de la información estratégica. * Posicionamiento con respecto a Atención Primaria. * Análisis de resultados e indicadores de calidad no estructurado. * Problemas de eficiencia. * Posicionamiento en investigación clínica y aplicada mejorable. * Plan de calidad débil * Poca cultura sobre seguridad del paciente 	<p style="text-align: center;">ESTRATEGIAS DE SUPERVIVENCIA</p> <ul style="list-style-type: none"> * Política de Comunicación Externa. * Firma de pacto anual, incorporando objetivos comunes con AP. * Impulsar estrategias de marketing para la imagen del Servicio * Fomentar y consolidar las Unidades Clínicas. * Estimular participación activa en investigación, publicaciones, cursos y congresos y elaboración de Tesis Doctorales * Fomentar la seguridad del paciente 	<p style="text-align: center;">ESTRATEGIAS DE REORIENTACION</p> <ul style="list-style-type: none"> * Plan de comunicación interna. Canales formales e informales. * Sesiones mensuales de seguimiento estrategia y objetivos. * Ciclos de mejora * Modelo de trabajo basado en organización funcional matricial. * Delegación responsable. * Identificación y desarrollo de líneas de trabajo estables en investigación. * Ampliación de la cartera de servicios de la Unidad.

3. ESTRATEGIA Y OBJETIVOS

Todas las organizaciones necesitan diseñar y ejecutar un plan estratégico para la consecución de las metas y objetivos planteados, siendo éste un elemento indispensable para su gestión.

Este proyecto se basa en un análisis de datos objetivos procedentes de una actividad consolidada durante años, por lo que debe ser considerada como una propuesta de mejora organizativa que debe ser consensuada para que se impliquen todos los miembros del Servicio.

En cuanto a las líneas estratégicas destacamos el liderazgo y la implementación de mapas de procesos. En cuanto a los objetivos destacamos la actividad asistencial centrada en el paciente, la optimización del uso de los recursos, impulsar la calidad total y mejorar el apoyo a las actividades de docencia e investigación.

3.1 LIDERAZGO Y EMPODERAMIENTO

Una de las líneas estratégicas se refiere a la delegación de funciones y responsabilidades dentro de las Unidades Clínicas. Esto supone establecer responsable, objetivos e indicadores de proceso y resultado para cada línea de trabajo a desarrollar, asegurando, entre otros, el procedimiento de evaluación del desempeño. Responsables de procesos, de áreas funcionales, coordinadores de docencia y representantes de calidad y seguridad compartirán modelo y ofrecerán un retorno permanente de información al servicio en cada área de competencia. Es decir, se pretende contar con la máxima participación, favoreciendo el protagonismo y la implicación de cada uno de los integrantes del equipo.

Es importante que el responsable del servicio sea el motor capaz de crear un entorno adecuado, desatando todo el entusiasmo y la creatividad del equipo que lidera. Por tanto, para el funcionamiento eficiente del equipo humano es fundamental el desempeño adecuado de la función de liderazgo, que entiendo como la capacidad de atraer a las personas y provocar en ellas la participación voluntaria de una tarea común.

Un servicio con una organización de este tipo será capaz de funcionar bien, en todos los niveles. Por ejemplo, generará mejor docencia e investigación. La docencia mejorará a través del desarrollo y aplicación de protocolos y procesos, mientras que la investigación abarcará el campo de los problemas clínicos que atiende el servicio, las innovaciones técnicas y los propios procedimientos organizacionales al estar sometido a una monitorización continua. Todo esto va a favorecer el contacto y la interrelación con otras unidades.

Esta estructura matricial también permite la relación y coordinación con los órganos directivos, tanto a nivel médico como de enfermería, situación fundamental para una buena relación funcional.

Uno de los propósitos es dar estabilidad a la plantilla actual, consolidando a los miembros del servicio, para que de esta manera sientan, aún más, ser parte de un proyecto.

3.2 MAPAS DE PROCESOS

La gestión por procesos es un sistema de organización diferente, basado en los principios de la calidad total (satisfacción de los usuarios/clientes, implicación activa de los profesionales y mejora continua de las actividades que se realizan) y que está permitiendo a las organizaciones que lo adoptan una eficacia y flexibilidad mucho mayor para optimizar resultados, adaptarse a los nuevos requerimientos de los clientes y mejorar tanto la calidad de los servicios ofertados como la satisfacción de sus profesionales.

En este sentido la gestión de procesos, como sistema avanzado de gestión, es utilizado cada vez más en los sistemas de salud, ya que facilita la comprensión de cada proceso, la asunción de responsabilidad por parte de los profesionales y la coordinación de la organización para prestar una mejor atención a los pacientes.

Las instituciones que han optado por la gestión por procesos destacan entre sus principales aportaciones las siguientes:

- Aumenta el conocimiento del hospital-centro de salud
- Ordena y permite optimizar lo que se hace
- Alinea la institución con las necesidades del cliente
- Permite un seguimiento mediante indicadores
- Crea necesidad y puntos de encuentro para consensuar e innovar
- Aporta sinergia
- Facilita la responsabilidad de las personas

Una parte importante de la gestión por procesos es la representación gráfica de todas las funciones, procesos y procedimientos en que se descompone una organización.

A continuación, se representan tres mapas de procesos, el primero (figura 4) que corresponde al mapa de procesos del HGURS y los dos siguientes específicos del SCGD (figuras 5 y 6) que corresponden a consultas y quirófanos.

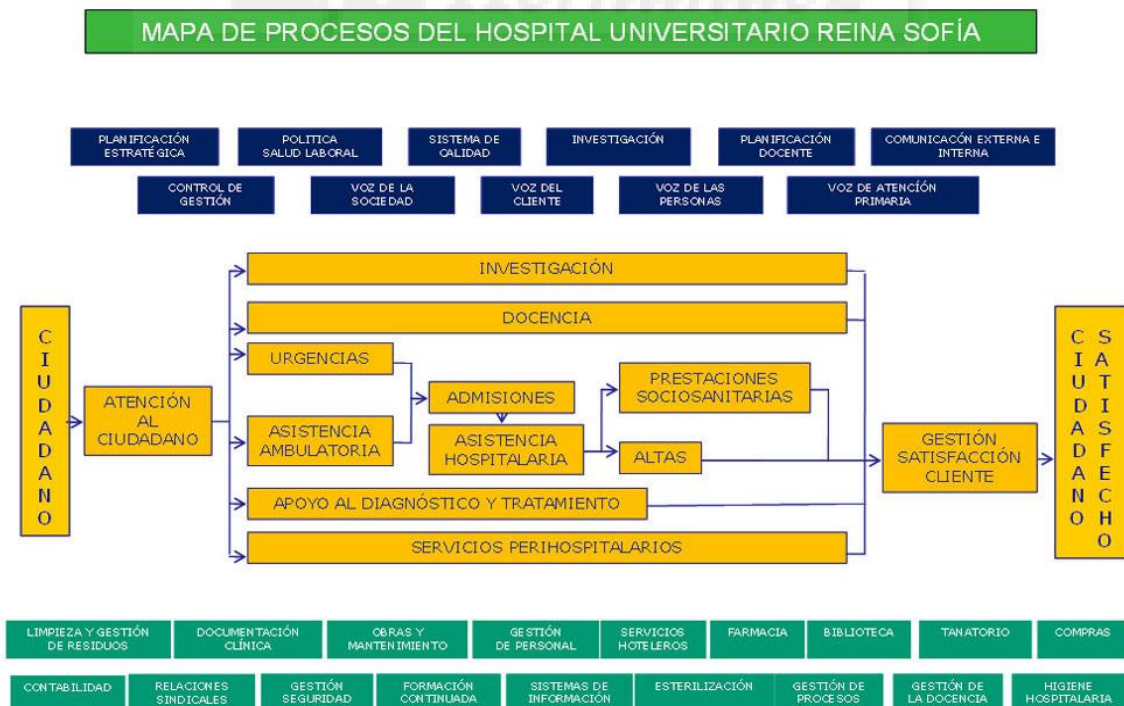


Figura 4. Mapa de procesos del HGUR

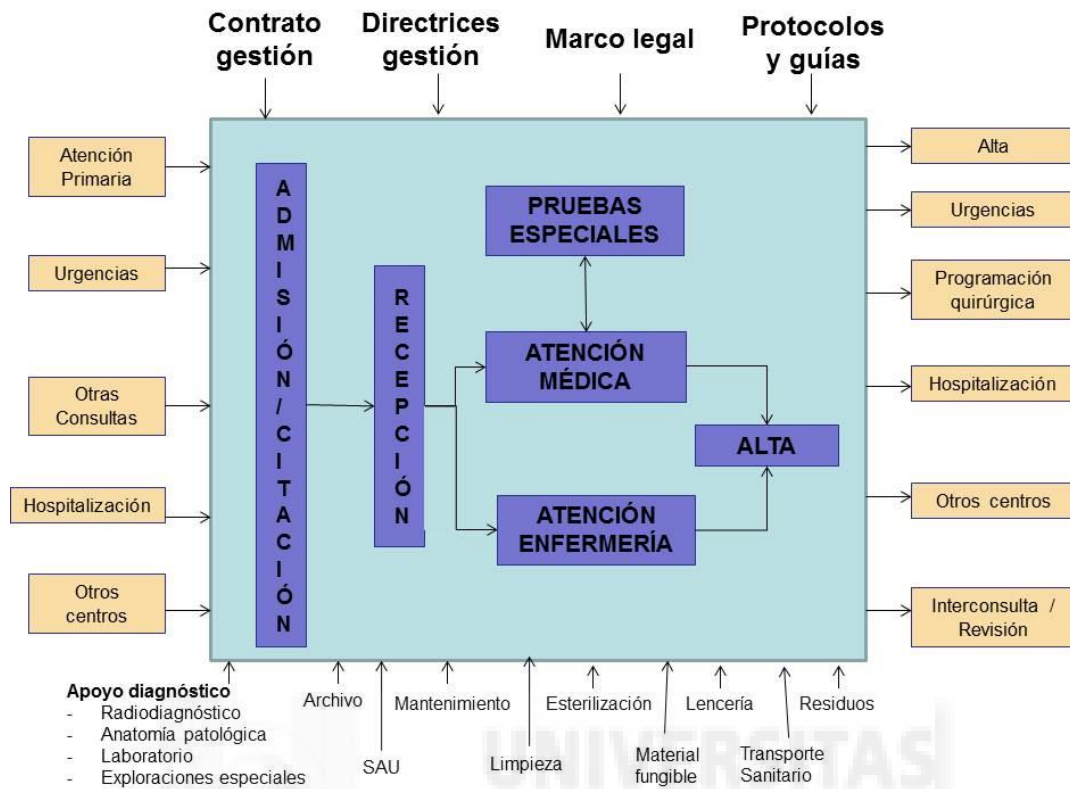


Figura 5. Mapa de procesos de las consultas de Cirugía

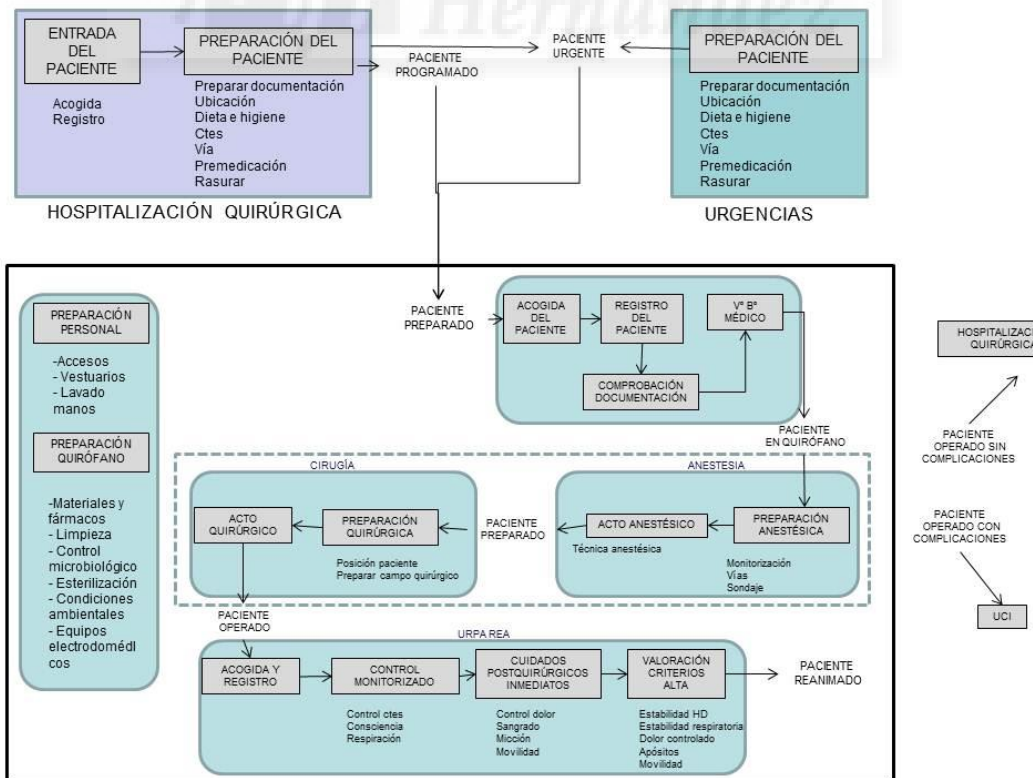


Figura 6. Mapa de procesos de quirófanos

3.3 ACTIVIDAD ASISTENCIAL CENTRADA EN EL PACIENTE Y CALIDAD TOTAL

La comunicación y la calidad de la información son un aspecto esencial en el desempeño de la profesión sanitaria y constituye un medio para potenciar la actuación de los profesionales de la salud en relación con el usuario. Una comunicación efectiva se relaciona con una mejor evolución clínica, adherencia al tratamiento, menor probabilidad de eventos adversos relacionados con la actividad asistencial y en último lugar, con una mayor satisfacción por parte del paciente.

El profesional promueve la toma de decisiones del ciudadano con respecto a su proceso asistencial, ofreciendo la información oportuna que le permita participar y elegir con conocimiento, propiciando el cumplimiento de sus derechos. Hace que sus actuaciones den una respuesta individualizada a las necesidades y expectativas de cada paciente, tomado en cuenta su opinión. Garantiza la confidencialidad de la información a la que tiene acceso, y el respeto a la intimidad y privacidad del paciente durante su asistencia. De igual manera, debe garantizar la equidad en la asistencia sanitaria.

La evaluación de la satisfacción de los pacientes ha de hacerse a través de unas medidas e indicadores, pero se necesitan modelos explicativos que establezcan qué es lo que se tiene que medir y qué sentido o interpretación tienen las medidas efectuadas. El llamado modelo de las deficiencias es el primero y quizá el más extendido y, asume que los clientes establecen la calidad del servicio en función de la diferencia entre las expectativas acerca de lo que recibirán y las percepciones del servicio que realmente se les entrega.

Una manera fácil de medir la satisfacción del paciente es aplicando la fórmula siguiente:

$$\text{CALIDAD SERVICIO} = \text{EXPECTATIVAS} - \text{SERVICIO PERCIBIDO}$$

Cuanto mayor sea esta diferencia, más lejos estaremos de la satisfacción del paciente.

La medida de la satisfacción de los pacientes es necesaria ya que:

- Permite conocer la percepción de los clientes sobre el servicio que reciben
- Permite adaptar el servicio a sus necesidades
- Posibilita un mejor uso de recursos, orientándolos a resolver los problemas más decisivos
- Permite disponer de una información cuantificada para seguir la evolución de los servicios prestados (y los de la competencia)

El conocimiento de las expectativas de los clientes es, además, el referente para conocer y medir la calidad del servicio. Además, es eficiente, porque ahorra costes derivados de actuaciones erróneas y es eficaz para mantener a los clientes y ganar nuevos. Por otra parte, el conocimiento de la actitud y expectativas de los clientes aumenta significativamente las oportunidades estratégicas, al favorecer la toma de mejores decisiones sobre futuras mejoras o cambios.

Las herramientas que actualmente usamos son, sobre todo, las encuestas de satisfacción que se les pasan a los pacientes que se someten a procesos con vía clínica.

En el año 2013 se realizó un estudio en el Servicio para conocer el grado de satisfacción acerca de la información recibida, así como valorar la percepción sobre información, comunicación, consentimiento informado, eventos adversos y otras variables percibidas por parte de los pacientes y sanitarios, a través de encuestas para pacientes y sanitarios del SCGD. La valoración acerca de la satisfacción sobre la información recibida por parte de los pacientes alcanzó cifras superiores al 8 (0-10). No obstante, se identificaron áreas deficitarias como las relacionadas con el consentimiento informado, autonomía del paciente, eventos adversos y calidad de la información, lo cual refleja carencias en las habilidades comunicativas de los profesionales. Por su parte, la valoración media de la calidad de la información entre profesionales y entre profesionales y pacientes llegó al 7 (0-10), evidenciándose entre otros problemas: carencias comunicativas, escasa cultura de la importancia de la

calidad de la información y la comunicación eficiente como herramienta para mejorar la asistencia sanitaria así como insuficiente conciencia de la seguridad del paciente por parte de los sanitarios. A tenor de estos resultados, nuestro objetivo para los próximos años, es realizar un ciclo de mejora para aumentar la satisfacción de los pacientes ingresados en el SCGD, en relación con la información recibida por parte del personal médico.

El aumento de la actividad asistencial debe ir acompañado de una mejora de la calidad en la asistencia prestada y constituye una exigencia actual de los servicios sanitarios de los países occidentales. Uno de los grandes exponentes de la calidad en la asistencia sanitaria es la seguridad del paciente, pilar fundamental sobre el que se deben apoyar los procesos sanitarios: implica desarrollar estrategias para reducir el daño innecesario al paciente asociado a la asistencia sanitaria.

A lo largo de estos años liderando el SCGD, se ha promovido la formación de profesionales y actuado de forma dirigida sobre distintos ámbitos de la seguridad del paciente: uso seguro del medicamento, higiene de manos, medidas para la reducción de la infección quirúrgica, identificación correcta de pacientes, etc.

No obstante, uno de los programas donde éste servicio ha prestado mayor apoyo al desarrollo de la seguridad del paciente quirúrgico ha sido mediante la promoción del uso del listado de verificación quirúrgica promovido por la OMS, método de reconocida efectividad para la prevención de numerosos eventos adversos evitables asociados a la actividad quirúrgica.

Los objetivos en este sentido son:

- Promoción y mejora de la cultura de seguridad en el ámbito quirúrgico y convertir la gestión del riesgo sanitario en una auditoría constante de la seguridad del paciente.
- Formación de los profesionales en aspectos básicos de seguridad del paciente y específicos del ámbito quirúrgico.

- Desarrollo e implementación de herramientas y prácticas seguras de reconocida efectividad.
- Implicación del paciente y familiares en su propio proceso asistencial.
- Promover el uso de SINASPS (Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente) para así aprender de los errores y desarrollar estrategias para evitarlos en un futuro.
- La conciliación de la medicación al ingreso y al alta.

3.4 OPTIMIZACIÓN DEL USO DE RECURSOS

La actividad quirúrgica genera un importante consumo de recursos en los sistemas públicos de cobertura universal y también produce problemas de listas de espera.

Con el fin de mejorar la eficiencia en los quirófanos se han desarrollado una serie de indicadores, que permitirán describir la eficiencia en la utilización de los mismos; como son:

- Número de intervenciones quirúrgicas realizadas: 2.340
- Índice de ocupación de quirófano: 70,54%
- Tiempos quirúrgicos medios: 4.248
- Tasa de suspensión de quirófano: 4,89%

En los indicadores anteriores hemos dado las cifras referentes al año 2016 y, nuestro propósito, tras valorar los resultados, es sobre todo, aumentar el índice de ocupación y disminuir la tasa de suspensión.

Otro problema preocupante es la hospitalización o estancia inadecuada, que se ha definido como el ingreso de pacientes en hospitales de agudos que, desde una perspectiva clínica, podría ser sustituida por tratamientos en niveles asistenciales de menor complejidad, o como el empleo de una tecnología médica de eficacia demostrada en situaciones en que no es efectiva o existen alternativas más eficientes. En este sentido, en nuestro servicio se realizó una Tesis Doctoral, "Efectividad de una intervención para la reducción de estancias hospitalarias inadecuadas". Entre sus conclusiones cabe destacar que, la causa más frecuente de estancia inadecuada, guarda relación con retrasos en

la ejecución de pruebas diagnósticas solicitadas a los pacientes hospitalizados, para la toma de decisiones. Otra conclusión relevante, se encuentra en el haber tenido un ingreso inadecuado.

Con referencia al año 2015, el indicador estancias evitables x 100 camas ocupadas en el servicio de cirugía fue de -5,43, que comparado con el del año 2014 (-0,17), supone una mejora importante en este indicador.

Las altas hospitalarias precoces implican múltiples beneficios tanto para el paciente como para las instituciones. Las altas hospitalarias durante los fines de semana y festivos suponen un ahorro sanitario al evitar estancias hospitalarias inadecuadas y un mal uso de los recursos sanitarios. El Servicio de Cirugía realiza un pase de planta todos los días del año, incluido fines de semana y festivos, bien por parte del personal habitual, bien por el de guardia (Gráfico 11). Durante este pase de planta, se dan altas hospitalarias diariamente. Una comunicación del SCGD al Congreso Nacional de Cirugía de la AEC en 2012, evaluó el impacto económico de las altas hospitalarias en fin de semana y festivos, estimándose el ahorro durante los años 2010 y 2011 en 744.380,16 € y de la estancia hospitalaria de 1 a 4 días en 793 altas. Estos datos reflejan que el pase de planta de forma sistemática durante los fines de semana y festivos presenta múltiples ventajas, ya que reducen significativamente los costes de hospitalización y las estancias hospitalarias inadecuadas y permiten detectar problemas clínicos en los pacientes ingresados de forma eficiente, lo que redundará en una mejora de la calidad asistencial. Consideramos que es necesario continuar en esta línea de actuación para mejorar en los aspectos estudiados y contribuir por parte de nuestro servicio a la contención del gasto sanitario y la mejora de la calidad asistencial.

Distribución de las altas por día de la semana. (Hospitalización)



Gráfico 11. Número de altas por día de la semana acumuladas en un año (años 2013, 2014 y 2015)

3.5 MEJORAR EL APOYO A ACTIVIDADES DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

La Consejería de Salud plantea como uno de sus objetivos fundamentales, el impulso del área de gestión del conocimiento del sector biosanitario regional, esto es, potenciar la innovación y la investigación operativa en servicios de salud, las estrategias de formación y la planificación y monitorización de la calidad.

El Hospital dispone de biblioteca dotada de libros y revistas científicas así como, de ordenadores con acceso a Internet para poder realizar búsquedas bibliográficas en las diferentes bibliotecas virtuales y bases de datos necesarias para el desarrollo de la investigación (PUBMED, COCHRANE, etc). También, las bibliotecarias son un importante apoyo en estos temas. Los ordenadores del servicio también disponen de acceso a dichas bibliotecas virtuales.

El Área de Salud VII cuenta con una Unidad de Apoyo a la Investigación, bajo la supervisión del coordinador de Investigación (miembro del SCGD), como órgano de asesoramiento y evaluación metodológica y de gestión así como de fomento a la investigación biomédica clínica. La Unidad de Apoyo a la Investigación tiene como objetivos:

- Promover la cultura de investigación, excelencia y transferencia de conocimiento en el entorno del Área de Salud VII.

- Fomentar una “cultura de investigación” (Básica, Clínico-Epidemiológica y de Resultados).
- Generar una producción científica de calidad y promover una mejora de la práctica clínica
- Difundir los resultados de la investigación

La actividad investigadora se evalúa a través de la medida y análisis de la producción científica: Comunicaciones a Congresos y Artículos en Revistas Científicas. Puede utilizarse, pero no de forma exclusiva, la medida del factor impacto del Science Citation Index. En el ambiente universitario es fundamental la producción de tesis doctorales y la participación en proyectos de investigación.

Desde 2006 hasta 2015, que hay recogidos datos en las memorias anuales de Investigación del Área de Salud VII, el SCGD ha presentado 318 comunicaciones en Congresos Nacionales y Provinciales y 119 en Congresos Internacionales. Ha publicado 69 artículos en Revistas (26 en revistas no recogidas en repertorios internacionales y 43 en revistas recogidas en repertorios internacionales) tal y como se refleja en el Gráfico 12. Además, ha desarrollado 32 proyectos de Investigación y 8 tesis doctorales.

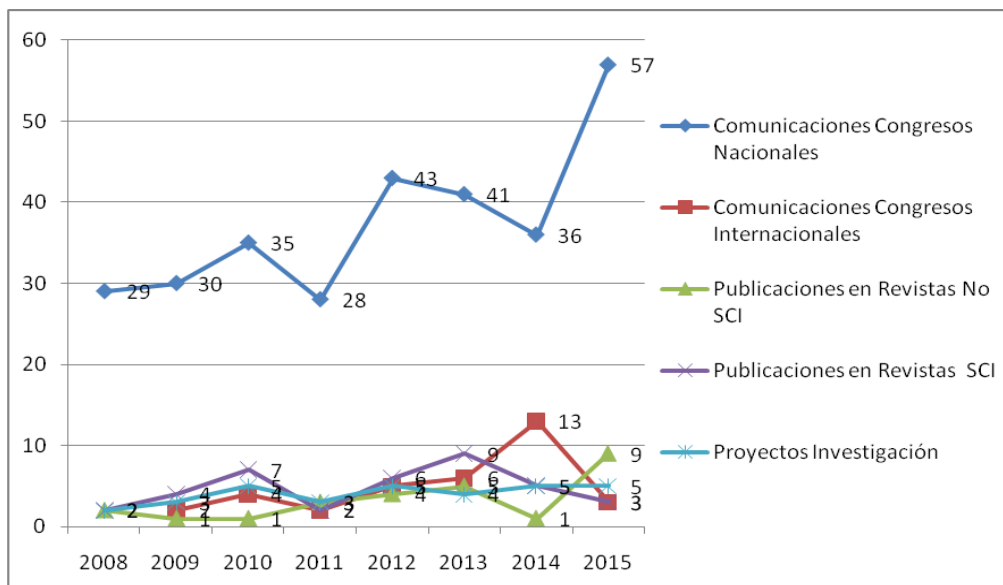


Gráfico 12. Actividad científica del SCGD por años

Nuestro compromiso con la investigación es obvio y, pretendemos mejorarla, animando y ayudando a los profesionales del servicio a seguir por este camino. La idea es organizar adecuadamente la actividad del servicio, de forma que, se disponga de tiempo no asistencial para poder desarrollar la actividad investigadora.

De igual forma, el servicio está implicado en la docencia pregrado y postgraduada. El objetivo en este sentido es afianzar relaciones con la Universidad para profundizar en las oportunidades de mejora en la docencia pregraduada, impartir docencia de alta calidad, como medio para garantizar una formación de excelencia para los alumnos Medicina.

En relación a la docencia MIR, tras 9 años de formación de residentes en la especialidad y rotantes de otros servicios, el objetivo es continuar cumpliendo los estándares que recoge el programa formativo de la especialidad, y superarlos, posicionando a nuestros residentes a la vanguardia de conocimientos y habilidades para conseguir una formación que les permita desarrollar su futuro como especialistas sanitarios.

Por último, continuamos fomentando la formación postgraduada de los miembros del servicio con asistencia a cursos, congresos, workshops, etc. con la intención de la actualización de los conocimientos teórico-prácticos y la implementación de nuevas técnicas a la cartera de servicios.

4. PLAN DE ACTUACIÓN

4.1 ACCIONES

A continuación expondremos en un cronograma las diferentes actuaciones que pretendemos llevar a cabo en los próximos 4 años:

OBJETIVOS	2019	2020	2021	2022
Recursos Humanos				
Consolidar plantilla	x	x	X	X
Cartera de Servicios				
Monitorización continua del nervio recurrente en la cirugía tiroidea		X		
Tratamiento ablativo de lesiones hepáticas con radiofrecuencia y microondas	X			
Ecografía dinámica transperineal			x	
TaTME (escisión total del mesorrecto vía transanal)		X		
Unidad del suelo pélvico		X		
Protocolos y vías clínicas				
Vía clínica neumotórax	X			
Ciclo mejora comunicación y satisfacción paciente	X			
Ciclo mejora de la profilaxis ETEV				
Vía clínica Gastrectomía tubular				
Protocolo de tratamiento ambulatorio de la diverticulitis aguda				
Actividad científica e investigadora				
Lectura tesis doctorales	X X	X		
Unidad docente	X			
Reuniones científicas		X		
Sesiones de morbimortalidad		X		
Calidad				
Cursos EMCA residentes	X	X	X	X
Estancia media preoperatoria		X		
Ambulotorización de procesos		X		
Mejora LE consultas		X		
Coordinación Atención Primaria- SCGD	X			
Aumentar índice de ocupación Qx	X			
Disminuir la tasa de suspensión Qx	X			
Proyectos investigación				
Programa Cirugía Segura	X	X	X	
Proyecto Infección Quirúrgica Zero	X			

4.2 ACTIVIDAD ASISTENCIAL CENTRADA EN EL PACIENTE

Es importante que el SCGD comparta recursos y conocimientos con los profesionales de Atención Primaria, aprovechando las herramientas que el sistema pone a su disposición.

- En relación con la cronificación de procesos y la demanda creciente, el punto de apoyo, ha de ser necesariamente Atención Primaria, por lo que debemos elaborar conjuntamente programas asistenciales integrados para las patologías más prevalentes, el rediseño de procesos y labores de consultoría
- Es fundamental que, desde un punto de vista institucional, se establezcan relaciones fluidas con Atención Primaria para poder establecer objetivos comunes con ellos (seguimiento, adecuación a la demanda, procesos compartidos).

Las propuestas estratégicas para el desarrollo de estas líneas, serán:

- Acordar con el equipo directivo el modelo de actuación más adecuado
- Proponer contacto con el máximo número posible, mejor con todos, los centros de salud dependientes del área para la identificación de problemas, tanto de estructura (carga asistencial, sistemas de información), como de proceso (procedimientos de derivación, pautas de seguimiento, retorno de información) y necesidades asistenciales percibidas (procesos más comunes, prevalencia, etc). Nuestro primer objetivo será orientar las actuaciones dependiendo de los problemas y necesidades de cada centro, aunque los objetivos finales sean similares para toda el área sanitaria.
- Informar a los centros del plan estratégico del servicio, de sus actividades y de los objetivos marcados por el pacto de gestión, identificando puntos de compromiso que puedan ser incorporados a los pactos. En ese sentido crearemos grupos de trabajo específicos para elaborar y poner en marcha programas asistenciales. Por ejemplo: pie diabético, cáncer colorrectal, cirugía menor, etc.
- También es interesante desarrollar protocolos de derivación, incluyendo la planificación del alta y de cuidados de enfermería, con indicadores de cumplimiento sencillos de monitorizar.

- Se debería monitorizar la demanda y el seguimiento del programa de actividades con atención primaria para identificar posibles desviaciones y buscar los elementos de corrección más adecuados, en los tiempos pactados con la dirección y los responsables de los centros.
- Se pondrá a disposición de los centros toda la cartera de servicios para incorporar objetivos comunes en las áreas de docencia e investigación.
- La comunicación fluida es fundamental, por lo que se facilitará el correo electrónico y el teléfono de los facultativos que se designen como coordinadores/nexo con primaria.
- La formación de especialistas en Atención Primaria en áreas específicas de patología eminentemente quirúrgica es esencial para ensamblar los circuitos de derivación y estudio por el Servicio de Cirugía General. El diseño de un calendario formativo en aquellas áreas deficitarias es otro objetivo para este fin.

4.3 IMPULSAR LA CALIDAD TOTAL

Las dimensiones a las que van a hacer referencia los indicadores para medir la calidad total de las diferentes actividades del SCGD son las siguientes:

- Actividad y rendimiento
- Satisfacción
- Calidad científico-técnica
- Accesibilidad
- Seguridad del Paciente

En las tablas 1, 2 y 3 se detallan los indicadores para la medición en hospitalización, actividad quirúrgica y en consultas externas, respectivamente.

Tabla 1. Indicadores de Hospitalización

Dimensión	Nombre
Actividad y rendimiento	Ingresos
	Estancias
	Estancia media
	Índice de rotación
	Índice de ocupación
Satisfacción	Índice global de satisfacción de clientes
Calidad Científico-técnica	Ingresos con estancias superiores a 30 días
	Índice de reingresos
	Mortalidad
	Acogida
	Úlceras intra-ingreso
	Caídas
	Infección nosocomial
	Altas antes de las 12 horas
	Continuidad de Cuidados
	IEMA global
Indicadores de calidad de cuidados	
Accesibilidad	Programación de ingresos
	Actividad de altas
	Demora en hospitalización
Seguridad del paciente	Notificaciones en SiNASP
	Incremento interanual de notificaciones en SiNASP
	Nº análisis causa raíz finalizados

Tabla 2. Indicadores de actividad quirúrgica

Dimensión	Nombre
Actividad y rendimiento	Intervenciones totales
	Cirugía con ingreso/CMA
	Intervenciones en jornada ordinaria
	Intervenciones en jornada extraordinaria
	Intervenciones por facultativos propios en centros ajenos
	Intervenciones concertadas
	Índice de ocupación de quirófano
	Cancelaciones
	Jornadas autoconcertadas
	Intervenciones urgentes
Accesibilidad	Esperas superiores a 150 días
Satisfacción	Índice global de satisfacción
	Información tras intervención
Calidad Científico-técnica	Consentimiento informado
	Infección de herida quirúrgica
	Listado de verificación OMS
	Evaluación documentada del riesgo de ETEV y de sangrado en pacientes programados para intervención quirúrgica
	Evaluación documentada del riesgo de ETEV y de sangrado, ajustada a las recomendaciones, en pacientes intervenidos quirúrgicamente.
	Valoración del dolor mediante la escala visual analógica EVA
Evaluación del dolor al alta del bloque quirúrgico	
Seguridad del paciente	Notificaciones en SiNASP
	Incremento interanual de notificaciones en SiNASP
	Nº análisis causa raíz finalizados

Tabla 3. Indicadores de Actividad en consultas externas

Dimensión	Nombre
Actividad y rendimiento	Pacientes atendidos Primeras consultas Consultas sucesivas Índice sucesivas / primeras
Accesibilidad	Espera media estructural Inasistencias Espera para entrar en consulta Porcentaje de reprogramaciones
Satisfacción	Índice global de satisfacción Reclamaciones
Calidad científico-técnica	Informe clínico
Seguridad del paciente	Notificaciones SiNASP Incremento interanual de notificaciones en SiNASP Nº análisis causa raíz finalizados

4.4 ACTIVIDADES DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Como se ha comentado anteriormente y tal y como aparece en el cronograma de actuaciones se va a consolidar la Unidad Docente de CGAD con la Universidad para ofrecer una formación pregraduada reglada y de calidad, ofreciendo una formación de excelencia y convirtiendo al servicio en un referente para hacer atractiva la elección de nuestro centro y servicio en la plaza MIR.

De igual modo está prevista la lectura de 3 tesis doctorales en los próximos 3 semestres, así como el inicio de 2 proyectos de investigación relacionados con la seguridad del paciente. De igual forma la actividad investigadora continuará el crecimiento experimentado en años anteriores.

Como medida especial para fomentar la investigación se va a dotar a los profesionales implicados en proyectos de investigación de un día cada quincena para actividad investigadora, con ausencia de carga asistencial en dicha jornada laboral.

Por último, el servicio tiene previsto solicitar la organización de la Reunión Nacional de Coloproctología para el año 2020, lo cual dará una mayor visibilidad y prestigio a nivel de sociedades científicas.

4.5 RECURSOS NECESARIOS

La incorporación a la cartera de servicios de nuevos procedimientos tal y como refleja el cronograma de actuaciones, como por ejemplo la adscripción de dos miembros del servicio a la nueva Unidad de Suelo Pélvico del hospital, unidad multidisciplinar pionera en nuestro territorio, hace que sea necesario incorporar un cirujano más a la plantilla como necesidad en los recursos humanos.

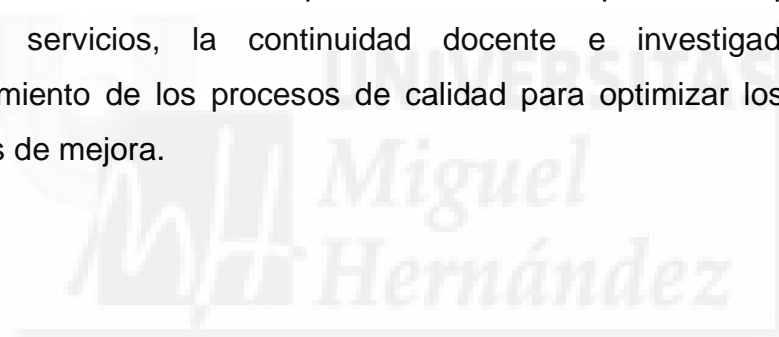
Este cirujano también permitirá que se dedique tiempo específico a la investigación tal y como se ha planteado.

En referencia a recursos materiales es necesaria la actualización de al menos un equipo de cirugía mínimamente invasiva, pues el servicio dispone de 3 torres de laparoscopia, una de ellas con 10 años de antigüedad, y dado el alto índice de especialización de las Unidades Funcionales, la proporción de procedimientos de cirugía laparoscópica ha aumentado mucho, haciendo que en ocasiones los 3 quirófanos programados precisen de un equipo en jornada de mañana. Esto hace que en el quirófano de urgencias no se puedan realizar procedimientos que normalmente se realizan por cirugía mínimamente invasiva (apendicectomía laparoscópica, colecistectomía laparoscópica, etc).

Por último, la unidad de suelo pélvico, integrada por Cirugía General, Urología, Ginecología y Rehabilitación, precisa de un dispositivo para realizar el biofeedback que será necesario para el manejo de la patología de suelo pélvico que anteriormente no se trataba en nuestro centro.

5. CONCLUSIONES

- El Servicio de Cirugía pretende ser un servicio de referencia en la especialidad, reforzando su imagen de liderazgo en el SMS, con el paciente como eje central de nuestra actividad.
- Existen debilidades como la falta de una buena comunicación con Atención Primaria, y amenazas como la cronificación de los procesos o el envejecimiento de la población. Pero que con una plantilla consolidada y altamente capacitada, y apoyados en oportunidades como las nuevas líneas estratégicas del SMS permitirán seguir creciendo y ofreciendo una atención de calidad.
- La creación de mapas de procesos, así como la figura de coordinación con Atención Primaria y la Unidad Docente de la Universidad permitirán consolidar una atención centrada en el paciente que cumpla los máximos estándares de calidad.
- Las actividades a realizar en el plan de actuación implican la ampliación de la cartera de servicios, la continuidad docente e investigadora y el perfeccionamiento de los procesos de calidad para optimizar los indicadores susceptibles de mejora.



6. REFERENCIAS

- Alfaro M, Gogorcena MA, Cózar R, López O, López P y Salmador E. Metodología de análisis de la hospitalización en el Sistema Nacional de Salud. Modelo de indicadores basado en el Registro de Altas (CMBD). Documento base. Madrid: Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Instituto de Información Sanitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid; 2007 [acceso 12 de junio de 2017]. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/en/estadEstudios/estadisticas/docs/metod_modelo_cmbd_pub.pdf
- Decreto 25/2006, de 31 de marzo, por el que se desarrolla la normativa básica estatal en materia de información sobre listas de espera y se establecen las medidas necesarias para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones del sistema sanitario público de la Región de Murcia [Internet]. Boletín Oficial de la Región de Murcia, nº 82, (8-4-2006). [acceso 14 de junio de 2017]. Disponible en: <https://www.aecc.es/SobreElCancer/bibliotecadedocumentos/Documents/Murcia/decreto%2031%20marzo.pdf>
- Diagnóstico y Gestión del Conocimiento en un Servicio de Cirugía. José Antonio Rodríguez Montes. Cir. Esp. 2006, 80(2):72-77
- Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales integrados [Internet]. Dotor Gracia M, Fernández García E., coordinadores. Álvarez Benito M, Ávila Rodríguez FJ, Barrera Becerra C, Bautista Paloma FJ, Calero Fernández M, Campos García T et al. 2ª ed. Sevilla: Consejería de Salud; 2009 [acceso 5 de junio de 2017]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/1337160945GuiaPAI20090717.pdf>
- Guías de práctica clínica y vías clínicas. V. Soria, M.Carrasco. En: Gestión Clínica en Cirugía Ed: Arán 2016, 2ª Ed. Pag.: 430-4609
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad [Internet]. Boletín Oficial del Estado, nº102, (29-04-1986). [acceso 6 de junio de 2017]. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1986-10499

- Ley 4/1994, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia [Internet]. Boletín Oficial de la Región de Murcia, nº178, (04-8-1994). [acceso 11 de junio de 2017]. Disponible en:
http://noticias.juridicas.com/base_datos/CCAA/mu-l4-1994.t2.html
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica [Internet]. Boletín Oficial del Estado, nº 274, (15-11-2002). [acceso 29 de mayo de 2017]. Disponible en:
<https://www.boe.es/buscar/pdf/2002/BOE-A-2002-22188-consolidado.pdf>
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud [Internet]. Boletín Oficial del Estado, nº 128, (29-05-2003). [acceso 5 de junio de 2017]. Disponible en:
<http://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-10715-consolidado.pdf>
- Ley 3/2009, de 11 de mayo, de los derechos y deberes de los usuarios del sistema sanitario de la Región de Murcia [Internet]. Boletín Oficial de la Región de Murcia, nº 114, (20-5-2009). [acceso 6 de junio de 2017]. Disponible en:
<http://www.borm.es/borm/documento?obj=anu&id=373235>
- Memoria de la especialidad y de gestión de un Servicio de Cirugía general y del Aparato Digestivo. J.L. Aguayo, G. Morales, J.Aguilar. En: Gestión Clínica en Cirugía. Ed: Arán 2005. Pag: 430-469
- Orden de 24 de abril de 2009 de la Consejería de Sanidad y Consumo, por la que se establece el Mapa Sanitario de la Región de Murcia [Internet]. Boletín Oficial de la Región de Murcia, nº103, (20-5-2009). [acceso 6 de junio de 2017]. Disponible en:
<http://www.murciasalud.es/legislacion.php?id=154278&idsec=1935>
- Orden de 14 de mayo de 2015 de la Consejería de Sanidad y Política Social, por la que se modifica la Orden de 24 de abril de 2009 de la Consejería de Sanidad y Consumo, por la que se establece el mapa sanitario de la Región de Murcia y se adecua la Orden de 17 de julio de 2014 de la Consejería de Sanidad y Política Social, por la que se actualiza y aprueba la clasificación y relación de las zonas farmacéuticas de la Región de Murcia [Internet]. Boletín Oficial de la Región de Murcia, nº119, (26-5-2005). [acceso 6 de junio de 2017]. Disponible en:
<http://www.murciasalud.es/legislacion.php?id=324018&idsec=79>

- Plan de acción para la mejora de la seguridad del paciente de la Región de Murcia. PAMSP2012/2016 [Internet]. Murcia: Consejería de Sanidad y Política Social. 2012 [acceso 20 de junio de 2015]. Disponible en:
<http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/247037-PAMSP.pdf>
- Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud 2010 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2010 [acceso 12 de junio de 2017]. Disponible en:
<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalidad/PlanCalidad2010.pdf>
- Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud [Internet]. Boletín Oficial del Estado, nº27 (07-05-2009). [acceso 8 de junio de 2017]. Disponible en:
https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1984-2574
- Satisfacción del paciente: principal motor de los servicios sanitarios. Rocío Díaz. Rev. Calidad Asistencial. 2002, 17(1):22-29.
- Sofianet [sede Web]. Murcia: Hospital General Universitario Reina Sofía; 2017 [acceso 12 de junio de 2017]. Procesos del Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia. Disponible en:
http://sofianet.sms.carm.es/ReinaSofia/index.php?option=com_joosco&Itemid=128
- Sofianet [sede Web]. Murcia: Hospital General Universitario Reina Sofía; 2017 [acceso 12 de junio de 2017]. Acuerdos de Gestión Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia. Disponible en:
http://sofianet.sms.carm.es/ReinaSofia/SOFIANETDOC/CONTRATO_DE_GESTION/ACUERDO%20DE%20GESTION%202017.pdf
http://sofianet.sms.carm.es/ReinaSofia/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=81&Itemid=276

