

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA



TESIS DOCTORAL

Proyecto de gestión de un servicio de cirugía general en un hospital de nueva creación. Análisis del funcionamiento

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Ignacio Rodríguez Prieto

DIRECTOR

Antonio J. Torres García

Madrid, 2018

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA



TESIS DOCTORAL

**PROYECTO DE GESTIÓN DE UN SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL EN UN
HOSPITAL DE NUEVA CREACIÓN. ANÁLISIS DEL FUNCIONAMIENTO**

Autor

Ignacio Rodríguez Prieto

Director de la Tesis

Prof. Antonio J. Torres García

Madrid 2017

AGRADECIMIENTOS

A mi esposa M^a Asunción por quererme y soportarme durante más de treinta años y por ser la madre de mis hijos.

A mis cuatro hijos Ignacio, Jesús Miguel, Asunción y Ana, fruto del amor y orgullo de sus padres.

A mis padres Miguel y Saturnina (qed) por haberme educado en el respeto, el esfuerzo y el compromiso.

Al Dr. Eufrasio Bengoechea González (qed) mi maestro en la cirugía y la persona que más confió en mis posibilidades.

Al Prof. Antonio J. Torres García amigo y director de la tesis, del que solo lamento no habernos encontrado antes.

Al Prof. Jaime Arias Pérez por haberme introducido de nuevo el gusanillo docente, gracias a él estoy hoy aquí.

A mis compañeros del servicio de cirugía del Hospital Universitario Infanta Cristina de Parla, porque este trabajo también es fruto de su esfuerzo.

A todos los colegas de los diversos hospitales en los que he trabajado. En todos he dejado grandes amigos.

Al personal del hospital de Parla, y especialmente a Carlos Mingo (director gerente), a Maite Sánchez (jefa de área de gestión) y a Juan José Granizo (jefe de Medicina Preventiva) que me han ayudado en asuntos complejos para mí.

ABREVIATURAS

AE: atención especializada

AEC: Asociación Española de Cirujanos

AP: atención primaria

BAG: biopsia con aguja gruesa

BOCM: boletín oficial de la Comunidad de Madrid

BSGC: biopsia selectiva del ganglio centinela

CCAA: comunidades autónomas

CEP: centro de especialidades periférico

CEX: consulta externa

CGD: cirugía general y aparato digestivo

CIE 9: clasificación internacional de enfermedades

CAM: Comunidad Autónoma de Madrid

CMA: cirugía mayor ambulatoria

CMBD: conjunto mínimo base de datos

CPRE: colangio pancreatografía retrógrada endoscópica

CS: Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid

DAFO: método para análisis estratégico

EDP: entidad de derecho público

EFQM: European Forum for Quality Management, modelo europeo de calidad

EM: estancia media

EMAC: estancia media ajustada por la casuística del estándar

EMAF: EM ajustada por el funcionamiento del estándar

ENEAS: Estudio Nacional Español de efectos adversos

EP: empresa pública

FEA: facultativo especialista de área

FMO: fracaso multiorgánico

GFH: grupos funcionales homogéneos

GRDs: grupos relacionados con el diagnóstico

H: hospital

H. U.: Hospital Universitario

HUIC: Hospital Universitario Infanta Cristina

HEMA: índice de estancia media ajustada

ILQ/ISQ: infección del lugar o sitio quirúrgico
Índice S/N: índice sucesivas/nuevas o primeras consultas
IQ: intervención quirúrgica
ISO: agencia de calidad
ITC: interconsulta (parte de)
LEQ: lista de espera quirúrgica
MBE: medicina basada en la evidencia
MIR: médico interno residente
MSC: Ministerio de Sanidad y Consumo
N: consultas nuevas o primeras
nº: número
NP: consultas nuevas o primeras preferentes
OMS: Organización Mundial de la Salud
PAAF: punción aspiración con aguja fina
PDCA: planificación, dirección, control, acción
POSSUM: Physiological and operative severity store for enumeration of mortality and morbidity
RMN: resonancia nuclear magnética
RRHH: recursos humanos
RS: consultas de resultados
RV: consultas de revisiones
SIAE: sistema de información en atención especializada
SMS: Servicio Madrileño de Salud
SP: consultas sucesivas preferentes
TAC: Tomografía axial computarizada
TQEs: tiempos quirúrgicos
UCH: unidad de complejidad hospitalaria
UCI: unidad de cuidados intensivos
UPM: unidad de patología mamaria
UR: unidad de responsabilidad
URPA: unidad de recuperación postanestésica
URs: unidades de responsabilidad

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	11
ABREVIATURAS	12
ÍNDICE.....	14
RESUMEN.....	18
SUMMARY	24
1. INTRODUCCIÓN.....	30
1.1 ESTADO ACTUAL DE LA ASISTENCIA SANITARIA. PACIENTE, SERVICIO HOSPITALARIO Y GESTIÓN.....	30
1.1.1 EL PACIENTE	31
1.1.2 EL SERVICIO HOSPITALARIO	32
1.1.3 GESTIÓN	38
1.2 SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO.....	60
1.2.1 FUNCIONES DEL SERVICIO DE CGD.....	62
1.3 CREACIÓN Y PUESTA EN MARCHA DE LOS NUEVOS HOSPITALES DE LA COMUNIDAD DE MADRID	68
1.4 EL HOSPITAL.....	70
1.5 HOSPITAL DEL SUR - HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA CRISTINA (HUIC).....	74
1.6 SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO DEL HUIC	76
2. HIPOTESIS Y OBJETIVOS	78
2.1 HIPÓTESIS	78
2.2 OBJETIVOS.....	79
3. MATERIAL Y MÉTODO.....	80
3.1 INTRODUCCIÓN.....	80
3.1.1 SITUACIÓN Y MARCO GEOGRÁFICO	81
3.1.2 DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	81
3.1.3 ÁREA DE INFLUENCIA	83
3.1.4 EL HOSPITAL	83
3.1.5 ZONAS BÁSICAS DE SALUD	84
3.2 ANÁLISIS DAFO	85
3.2.1 ANÁLISIS EXTERNO	85
3.2.2 ANÁLISIS INTERNO.....	86
3.3 PREVISIONES DE ACTIVIDAD	88

3.3.1 CONSULTAS HOSPITAL	88
3.3.2 CENTRO DE ESPECIALIDADES PERIFÉRICO (CEP).....	93
3.3.3 PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN	94
3.3.4 BLOQUE QUIRÚRGICO	98
3.3.5 URGENCIAS	106
3.4 CÁLCULO DE PLANTILLA. ORGANIGRAMA. PLANIFICACIÓN.....	109
3.5 CARTERA DE SERVICIOS.....	112
3.6 RELACIONES CON OTROS HOSPITALES, SERVICIOS DEL HOSPITAL Y PERSONAL NO FACULTATIVO.....	113
3.6.1 HOSPITAL DE REFERENCIA	113
3.6.2 ATENCIÓN PRIMARIA	114
3.6.3 FUNCIONAMIENTO INTERNO.....	115
3.6.4 RESTO DEL HOSPITAL.....	116
3.6.5 SUPERVISORAS Y DIPLOMADAS EN ENFERMERÍA Y PERSONAL ADMINISTRATIVO.....	117
3.7 DOCENCIA, FORMACIÓN CONTINUADA E INVESTIGACIÓN	118
3.8 PLAN DE CALIDAD	121
3.9 INSTRUMENTOS DE GESTIÓN.....	123
3.10 EQUIPAMIENTO. RECURSOS MATERIALES	123
3.11 FASE DE APERTURA	123
3.12 TRABAJO POR OBJETIVOS	124
3.13 GESTIÓN ORGANIZATIVA. ÁREAS DE TRABAJO	128
3.14 MÉTODOS DE EVALUACIÓN	129
4. RESULTADOS	132
4.1 ANÁLISIS DEL PROYECTO - MEMORIA	132
4.2 PLAN DE APERTURA DEL HOSPITAL	133
4.3 PLAN FUNCIONAL 2008.....	135
4.3.1 ÁREAS DE ACTIVIDAD.....	135
4.3.2 PLANIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD SEMANAL. DISTRIBUCIÓN DE LAS TAREAS	144
4.3.3 GESTIÓN ORGANIZATIVA.....	145
4.3.4 CARTERA DE SERVICIOS.....	146
4.3.5 RELACIONES INTRA Y EXTRAHOSPITALARIAS.....	147
4.3.6 DOCENCIA, FORMACIÓN CONTINUADA E INVESTIGACIÓN ...	147

4.3.7 CALIDAD	149
4.3.8 OBJETIVOS DE FARMACIA.....	151
4.3.9 TRABAJO POR OBJETIVOS	151
4.3.10 PLAN DE NECESIDADES	151
4.4 ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE LAS PREVISIONES Y LOS RESULTADOS	152
4.5 DAFO	153
4.5.1 ANÁLISIS EXTERNO	153
4.5.2 ANÁLISIS INTERNO.....	154
4.6 RESULTADOS DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL 2008-2015	155
4.6.1 INTRODUCCIÓN.....	155
4.6.2 ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS COMPLEMENTARIOS	156
4.6.3 CONSULTA EXTERNA	159
4.6.4 HOSPITALIZACIÓN.....	163
4.6.5 QUIRÓFANO.....	166
4.6.6 URGENCIAS-GUARDIA.....	170
4.6.7 PLANIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD. GESTIÓN ORGANIZATIVA	171
4.6.8 CARTERA DE SERVICIOS.....	173
4.6.9 RELACIONES CON OTRAS UNIDADES, AP y H. DE REFERENCIA	173
4.6.10 DOCENCIA, FORMACIÓN CONTINUADA E INVESTIGACIÓN .	173
4.6.11 CALIDAD	178
4.6.12 INSTRUMENTOS DE GESTIÓN. EFICIENCIA.....	182
4.6.13 PLAN DE NECESIDADES	190
4.6.14 DERIVACIONES CASTILLA - LA MANCHA.....	190
4.6.15 ANÁLISIS DEL TRABAJO POR OBJETIVOS	190
4.6.16 MOTIVACIÓN PROFESIONAL	191
5. DISCUSIÓN.....	194
5.1 INTRODUCCIÓN.....	194
5.2 METODOLOGÍA, DISEÑO Y POBLACIÓN	197
5.3 RESULTADOS	198
5.3.1 ANÁLISIS DEL PROYECTO	198
5.3.2 DAFO	204

5.3.3 PLAN DE APERTURA DEL HOSPITAL	207
5.3.4 CÁLCULO DE LAS PREVISIONES DE ACTIVIDAD	213
5.3.5 PLANES FUNCIONALES RESULTADOS 2008-2015	215
5.3.6 PLANIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD. GESTIÓN ORGANIZATIVA	225
5.3.7 CARTERA DE SERVICIOS.....	228
5.3.8 RELACIONES CON OTRAS UNIDADES, AP Y H. DE REFERENCIA	229
5.3.9 DOCENCIA Y FORMACIÓN CONTINUADA	229
5.3.10 CALIDAD	232
5.3.11 EFICIENCIA	245
5.3.12 PACTOS POR OBJETIVOS	268
5.3.13 MOTIVACIÓN Y SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES	269
5.4 REFLEXIONES FINALES	275
6. CONCLUSIONES.....	277
BIBLIOGRAFIA	278
ANEXOS	296

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Un servicio clínico es un conjunto funcional definido por la actividad asistencial que realiza dentro de los conocimientos y técnicas de una especialidad concreta. Los responsables de los Servicios hospitalarios reciben la denominación de Jefes de Servicio.

La especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo (CGD) abarca varios ámbitos de aplicación, destacando toda la patología quirúrgica de los siguientes aparatos, órganos y sistemas: digestivo, endocrino, mama, abdomen, piel y partes blandas, cabeza y cuello. Un Servicio hospitalario de CGD cumple con todas aquellas funciones asistenciales, organizativas, docentes, investigadoras y de gestión relacionadas con dicha especialidad.

La gestión clínica como elemento teórico se sustenta en el análisis de la información y busca especialmente la eficiencia en las actuaciones sanitarias. La puesta en práctica de las teorías de la gestión no siempre es fácil; dichas teorías no sirven de igual manera para todos los hospitales. Las peculiaridades de los dirigentes, de los profesionales y de los pacientes hacen que se tengan que adaptar ciertos parámetros en los que se basa la gestión clínica.

Los criterios en que se basa la gestión de un servicio médico son los siguientes: proyecto bien estructurado y realizable, perfil del jefe de unidad, liderazgo, conocimientos en gestión, perfil de los facultativos, conocimientos de la especialidad y habilidades técnicas, motivación y satisfacción de los profesionales, etc.

En Sanidad a los profesionales les corresponde ser efectivos y a los directivos ser eficientes, ya que se introduce el concepto del coste. Ese nuevo cambio en el paradigma obliga a conocer y colaborar en la gestión e intentar ser eficientes.

En la actualidad al Jefe de Unidad se le exigen conocimientos de la especialidad y de gestión. El jefe debe asumir la parte correspondiente de la responsabilidad y de los riesgos de la gestión, pero respaldado por la dirección. Destaca la importancia del equipo sanitario y no sanitario con el que se trabaja. Es vital la implicación en los objetivos comunes y el grado de satisfacción es importante en el trabajo diario.

En el año 2007 la Presidencia de la Comunidad de Madrid decidió que se pusieran en marcha 6 nuevos hospitales con el fin de facilitar la asistencia a los pacientes. Su cartera de servicios no sería completa, para lo cual necesitarían de hospitales de referencia. Estos hospitales nacieron como Empresas Públicas y, además, con una gestión mixta, que consistía en que la parte sanitaria era responsabilidad de la Consejería de Sanidad y la no sanitaria era gestionada por los equipos de las empresas constructoras del centro.

La creación de una Unidad de CGD dentro de un nuevo proyecto de asistencia sanitaria especializada constituye una situación que puede presentar un cierto grado de complejidad, ya que debe integrar una gran cantidad de factores.

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

HIPÓTESIS: Es posible diseñar e implantar un proyecto estructurado para gestionar de manera eficiente la puesta en marcha y la monitorización a

medio/largo plazo de un Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo en un hospital de nueva creación, gestionado como Empresa Pública, en la Comunidad de Madrid.

OBJETIVOS:

1. Analizar el proyecto presentado para la Jefatura de Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo destinado al Hospital del Sur (Parla) y su puesta en marcha, así como los resultados obtenidos en el plan inicial de apertura.
2. Evaluar periódicamente los proyectos de gestión comprendidos entre los años 2008 y 2015, analizando su grado de cumplimiento en relación con los resultados obtenidos en las áreas de actividad asistencial, docencia e investigación, calidad y gestión.
3. Estudiar la importancia del trabajo por objetivos (institucionales, de la unidad e individuales) como criterio diferenciador con otros centros hospitalarios.
4. Estudiar la influencia de la distribución por áreas de trabajo y de capacitación profesional como medida integradora y de corresponsabilidad.
5. Evaluar el papel de la motivación profesional en la consecución de objetivos.

MATERIAL Y MÉTODO

El presente trabajo se basa en un estudio descriptivo y longitudinal de los proyectos de gestión (2008-2015), tomando como base el que se presentó para concursar a la jefatura de servicio.

En esos proyectos se desarrollaron las estrategias y métodos llevados a cabo en la planificación de los aspectos más relevantes para la confección del servicio: previsión y control de la actividad asistencial, gestión de los recursos humanos y materiales, diseño de la cartera de servicios, planificación de la docencia y formación continuada, plan de calidad, indicadores de eficiencia, etc., así como los mecanismos para evaluar el adecuado funcionamiento de dichas áreas.

Todos los años se realizó un plan funcional de servicio y luego se analizó su grado de cumplimiento. La información para confrontar los resultados se obtuvo de los cuadros de mando del hospital, de las evaluaciones de la dirección médica y de los registros de la actividad docente e investigadora de la unidad.

Se incluyeron para el análisis de la eficiencia de la Unidad datos generales del Plan Estratégico de Cirugía General de la CAM del año 2012. Igualmente se aportaron datos de hospitales del nivel 1 y 2 de la CAM, y más específicamente del hospital del Henares y Sureste.

Una parte importante de la evaluación consistió en desarrollar el análisis DAFO (propuesto en la memoria) con el fin de ver si las previsiones y los objetivos estaban *a priori* bien identificados.

La comparación de proporciones de algunos de los indicadores estudiados se realizó mediante el test de la χ^2 . La entrevista personal a los profesionales analizó la predisposición de los facultativos a continuar la línea del trabajo por áreas de responsabilidad. La motivación y satisfacción de los profesionales se evaluaron mediante el cuestionario de calidad de vida profesional CVP-35.

RESULTADOS

Actividad asistencial

Consulta externa: demora máxima para los pacientes nuevos según los criterios de la Comunidad de Madrid: no superior a 40 días. Índice de consultas sucesivas/primeras: máximo de 1,53.

Hospitalización: estancia media baja (5,3-4,0 días) y estancia por GRDs mejor que el estándar.

Quirófano: rendimiento por tiempos quirúrgicos (TQEs): 75-93%. Porcentaje de procedimientos en cirugía mayor ambulatoria: 51,4-58,5%.

Urgencias: se elaboró un documento de asistencia a los pacientes de urgencias pactado con los jefes de las unidades implicadas y con el Coordinador del área de Urgencias. Se diseñó un documento con los criterios de ingreso en la hospitalización de Cirugía General.

Docencia e investigación

Se obtuvo acreditación como hospital asociado a la Universidad Complutense en la asignatura de Práctica Clínica en el curso 2010-2011.

No se consiguió la docencia de postgrado.

Resultó prioritaria la formación continuada de los profesionales con el fin de mejorar como cirujanos (sesiones clínicas, estancias y/o rotaciones).

No se registró participación en ningún proyecto de investigación ni ensayo clínico.

Calidad

Se protocolizaron los actos clínicos (procesos asistenciales).

Se diseñaron vías clínicas y protocolos (especialmente en patología oncológica).

Se llevó a cabo el seguimiento y control de las tasas de infecciones, las reintervenciones y *exitus*.

Gestión

El trabajo por objetivos implicó a los facultativos en el proyecto del hospital y de la unidad. La distribución en áreas de trabajo creó una cultura de corresponsabilidad en la gestión.

CONCLUSIONES

- 1.- El proyecto para concurrir a la Jefatura de Servicio del Hospital del Sur se consideró correctamente elaborado en cuanto a su estructura, organización y programación de la actividad, y sus resultados cumplieron los objetivos del plan inicial de apertura.
- 2.- Los planes funcionales anuales (2008-2015) se cumplieron prácticamente en su totalidad, atendiendo a los objetivos propuestos en cada una de las áreas de análisis (actividad asistencial, docencia e investigación, gestión y calidad).
- 3.- El trabajo por objetivos se consolidó como un criterio diferenciador positivo y de calidad asistencial.
- 4.- La implicación de la jefatura y de los responsables de las áreas asistenciales en la gestión otorgó valor y compromiso al Servicio.
- 5.- La motivación de los miembros del Servicio favoreció el trabajo en equipo, mejorando el cumplimiento de los objetivos marcados.

SUMMARY

INTRODUCTION

The creation of a General Surgery and Digestive System Unit incorporated within a new project represents a situation of lights and shadows.

The objective of this doctoral thesis is a practical exercise of my knowledge about the clinical management of a Unit, based on the theoretical lessons and the experiences of having worked in seven hospitals of the Public Health System.

The clinical management as a theoretical element is based on the analysis of the information and seeks especially the efficiency in our actions. The implementation of management theories is not always easy, nor does it work in the same way for all hospitals. The peculiarities of leaders, professionals and patients make it necessary to modify some of the basic parameters on which clinical management is based.

In 2007, the Presidency of the Community of Madrid decided that 6 new hospitals would be set up to facilitate patient care. Their portfolio of services provided would not be complete, for which they would need reference hospitals. These hospitals are born as Public Companies and also have mixed management, which is that the health part would be the responsibility of the Ministry of Health and the non-health would be managed by the teams of the construction companies of the centre (Sacyr).

The criteria on which the management of a medical unit are based are the following:

Project well structured and achievable.

Profile of the Unit chief. Leadership. Knowledge in management.

Profile of the practitioners. Knowledge of the specialty and technical skills.

Motivation and satisfaction of the professionals.

In health, the professionals must be effective and the executive directors are required efficiency, as the concept of cost is introduced. This new paradigm change forces us to know and collaborate in the management, and try to be efficient.

At the moment the Unit Chief is required knowledge of his specialty and management. The Chief must assume the corresponding part of the responsibility and the risks of the management, but backed by the executive directors.

We must also emphasize the team of health and non-health personnel with whom we work. Their involvement in common objectives is vital and their degree of satisfaction will be important in daily work.

HYPOTHESIS AND OBJECTIVES

The hypothesis of the present essay results from the implementation of a General Surgery and Digestive System Unit in a newly created hospital, managed as a Public Company in the Community of Madrid.

The objectives are several:

1. An analysis of the prospective project to be chief of the General Surgery and Digestive Unit for the Hospital del Sur (Parla), the start-up and the results obtained in the initial opening plan.
2. Periodic evaluation of the management projects (2008-2015) analysing the degree of compliance, related to the different activity areas.

3. Critical analysis on the work by objectives (institutional, of the unit and individual) as distinguishing criterion with other hospitals.
4. To study the influence of the distribution by work areas and of professional training as an integrating measure and of co-responsibility.
5. Analyze the importance of professional motivation as positive momentum to achieve goals.

MATERIAL AND METHODS

The present work is based on the analysis of the management projects (2008-2010), starting with the one which was presented to compete for the head of the unit.

Then, I will analyse the degree of implementation of the start-up activity in 2008 and the evolution of the functional plans of the Unit from 2008 to 2015.

Each year, an evaluation was carried out and later the degree of compliance was analysed. The information was obtained for the results to be compared from the hospital's dashboards, the evaluations by the medical directives and records of the unit's educational and research activity.

An important part of the evaluation was to develop the DAFO proposed in the memory in order to see if the forecasts and objectives were clearly identified *priori*.

In relation to the work based on unit and individual objectives, the source of information is the existing documentation by the hospital management and authenticated by the Director, Chief of Unit and Physician.

RESULTS

The results of the General Surgery Unit in relation to the activity (outpatient clinic, hospitalization, operating room, emergency care), education and research, management and quality are exhibited.

Health care activity

Outpatient Clinic: maximum delay for new patients according to the criteria of the Community of Madrid not exceeding 40 days. Follow-up/ first time outpatient appointments ratio near 1.5.

Hospitalization: Low mean length of stay (5.29 to 4 days) and a preoperative length of stay to 0.3 days. The weekly visit by the same physician of the surgical ward.

Operating room: operating room time performance (TQE's) between 75% to 86.3%. The ratio of outpatient major surgery (CMA) between 51.4-58.5% of procedures.

Emergency care surgery: Document of attention to urgent care patients agreed with the unit chiefs involved and with the Coordinator of the emergency care ward. Document with hospital admission criteria in General Surgery.

Education and Research

The undergraduate teaching program, objective was achieved in the school year 2010-11, in the course of Clinical Practice, for students from the 12 de Octubre hospital (4th, 5th and 6th). We are an associate hospital of the Universidad Complutense.

The postgraduate teaching program, which at the moment we do not have despite an attempt in 2012, in which we remain committed for the sake of the residents and the hospital.

As a priority, continuous education for the physicians in order to improve as surgeons (clinical meetings, stays and / or rotations).

Research is the most deficient area in these years. It requires interest, capabilities and a good project.

Quality

Developing clinical practice guidelines for the medical procedures. Designing clinical pathways and protocols (especially in oncology pathology).

Recording and controlling infection rates, in reoperations and in *éxitus*.

We have been in the *top ten* of General Surgery Units of the national hospitals at our comparative level twice in recent years.

Management

The work based on objectives involves the physicians in the Hospital's and Unit's project.

The distribution in work areas created a culture of co-responsibility in management.

CONCLUSIONS

1.- The project to become Unit Chief of the Hospital del Sur was well developed in terms of its structure, organization and workable activity schedule, since it developed all the necessary sections for unit memory.

- 2.- The plans for the start-up of the hospital was carried out as expected and the annual functional plans (2008-2015) were more than 90% achieved and the results derived from the function during the first year were reasonable.
- 3.- The annual functional plans (2008-2015) were met in more than 90%.
- 4.- The involvement of the unit chief and those responsible for the areas of care in management has given value and commitment to the Unit.
- 5.- Work by objectives as a differentiating criterion and quality of care.
- 6.- Motivation favoured teamwork.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 ESTADO ACTUAL DE LA ASISTENCIA SANITARIA. PACIENTE, SERVICIO HOSPITALARIO Y GESTIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió en 1946 **la salud** como el estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones. La salud abarca aspectos subjetivos (bienestar físico, mental y social), objetivos (capacidad para la función) y aspectos sociales (adaptación y trabajo socialmente productivo). (1)

La OMS (1985) señaló que **la asistencia sanitaria de calidad** consistía en asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una asistencia sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del enfermo y del servicio médico, para lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso. (2)

La gestión clínica consiste en la utilización eficiente de los recursos disponibles humanos y materiales en la asistencia de los pacientes con la intención de la mejora continua. Propicia un nuevo modelo organizativo.

Las instituciones políticas están intentando separar la financiación sanitaria (pública), de la asistencial o provisión de servicios (pública o privada), con autonomía progresiva de los centros sanitarios y libertad de elección del centro y facultativo por parte de los pacientes.

Como consecuencia de estos nuevos modelos de gestión, se debería dotar a las unidades de autonomía suficiente para que los clínicos se responsabilicen.

El desarrollo de la gestión clínica dentro de un área asistencial ayuda a mejorar

los resultados clínicos, la optimización de los recursos y la satisfacción de los enfermos. (3,4)

1.1.1 EL PACIENTE

En la época actual los servicios sanitarios de muchos países, incluido España, tienen un interés fundamental por **la satisfacción del enfermo**. La preocupación por adaptar mejor los servicios a las demandas de los enfermos, aparece junto con el aumento de la eficiencia y la calidad, como los elementos estratégicos fundamentales de todas las reformas sanitarias actuales.

El paciente es considerado el verdadero protagonista del Sistema Sanitario. Debe conocer “su hospital”, quererlo y respetarlo. La relación médico-paciente es el núcleo fundamental de lo que conocemos como “**producto sanitario**”, que es un servicio que brinda asistencia sanitaria completa y adecuada a las necesidades del paciente, y en la que debe existir confianza y respeto. (5) Debe saber que lo que él aporta para el sostenimiento de unos servicios de salud es limitado, lo que obliga a establecer prioridades.

Por todo ello, parece lógico que la asistencia y servicio al paciente sea el objetivo central de los servicios sanitarios como organización. Sin embargo, compite con objetivos e intereses de la propia organización y/o de sus profesionales, de modo que a menudo no son los intereses del propio paciente los que prevalecen. Del perfecto engranaje entre estos tres conceptos paciente-hospital-personal sanitario, depende en gran medida la calidad de la atención sanitaria.

La relación médico-paciente, tradicionalmente regulada por la ética individual, ha pasado a enmarcarse en un entorno de ética colectiva que exige de las decisiones sean eficientes.

La calidad de la atención que percibe el paciente está determinada básicamente por la diferencia entre las expectativas y la percepción de los resultados reales.

1.1.2 EL SERVICIO HOSPITALARIO

El artículo 54 de la Orden de 7 de julio de 1972 señala que **las Unidades asistenciales** se encuentran jerárquicamente estructuradas en Secciones, Servicios y Departamentos.

La organización más generalizada hasta ahora es la de los Servicios. La autoridad es el Jefe de Servicio y si es grande se divide en Secciones. (5)

1.1.2.1 EL SERVICIO CLÍNICO

Es un conjunto funcional definido por la actividad asistencial que realiza dentro de los conocimientos y técnicas de una especialidad concreta.

El Real Decreto 521/1987 de 15 de abril aprueba el Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de los hospitales gestionados por el Insalud. En el artículo 24, el Director Gerente propondrá para su aprobación por la Dirección General del Insalud la estructura y organización de las Unidades y Servicios Hospitalarios, así como el Reglamento de Régimen Interior del hospital. En el artículo 25.2, se indica que los responsables de los Servicios médicos tendrán la denominación de Jefes de Servicio y estarán bajo la dependencia inmediata del Director Médico. El artículo 26, concreta que los Jefes de Unidades serán responsables del correcto funcionamiento de las

mismas y de la actividad del personal adscrito a ellas, así como la custodia y utilización adecuada de los recursos materiales que tengan asignados. (6)

Existen varias formas de organización de los Servicios:

- Secciones: son la forma clásica del reparto de funciones en un servicio clínico, cuando por volumen o complejidad de la asistencia se estimen convenientes.
- Unidades Funcionales: se reparten por capacitaciones o subespecialidades, guardan gran relación con otras disciplinas médicas específicas o servicios centrales y pueden contar con un número variable de miembros. Pueden tener un coordinador responsable. Las relaciones funcionales y jerárquicas deben siempre respetarse y complementarse de modo adecuado, y en ocasiones pueden ser complejas. En la mayoría de las circunstancias se considera que una organización matricial de un servicio clínico es la más adecuada para su Programa Funcional. (7–9)
- Otro modelo de organización son los Institutos, que consisten en la fusión de varios servicios con especialidades afines y proceso clínicos comunes. (6,10)

En la Organización externa tiene especial relevancia la relación con la Dirección a través del jefe de servicio, la relación con otros servicios hospitalarios o extrahospitalarios, así como la intervención en los órganos participativos y de asesoramiento del centro, comisiones. (9)

Los servicios o unidades clínicas tienen claramente especificadas sus **funciones** como son:

- **Función clínica.** Consiste en la asistencia sanitaria a los pacientes y que dependerá de la propia especialidad. Es a la que más tiempo se va a dedicar dentro de su jornada laboral.
- **Función docente e investigadora.** Compete la participación en la enseñanza del pregrado y postgrado. Asimismo, es de vital importancia el impulsar la formación continuada de los facultativos. Es relevante para un servicio el crecimiento científico.
- **Función gestora.** Se entiende con dos vertientes, la organizativa de la Unidad que incluye la planificación de la actividad y la económica relacionada con el contrato programa o de gestión, el plan de necesidades anual, la economía sanitaria, etc. (9)

1.1.2.2 ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

Los servicios hospitalarios, en relación a los **recursos humanos** (RRHH), estará constituida por:

1.- Jefe de Servicio, el cual no debe ser exclusivamente un buen profesional de su especialidad, sino que debe tener conocimientos sobre organización de las tareas de los servicios y su gestión, aprovechamiento de los recursos humanos y materiales y tener inquietudes docentes y de investigación.

Debe cuidar de las relaciones entre los miembros de su equipo y de éstos con el resto del hospital. La calidad humana es muy importante a la hora del trabajo en equipo.

2.- Jefe de Sección que es el responsable de la Unidad Asistencial de rango inferior al de Jefe de Servicio, y dependiente de él si lo hay o del Director Médico en su ausencia. En los Servicios grandes existen varias Secciones,

mientras que en hospitales más pequeños hay Jefes de Sección de determinadas especialidades menos desarrolladas.

Los Jefes de Servicio y Sección deben ser las personas más caracterizadas desde el punto de vista profesional. En ellos deben recaer las funciones de organización y coordinación con especial atención a una gestión adecuada de los recursos. El jefe de Sección debe asumir la responsabilidad del funcionamiento de su propia sección, ante sus compañeros, ante el jefe de Servicio y ante la Dirección.

Desde 1987 estos puestos son “cargos”, es decir, no son categorías fijas, sino que son funciones que se desempeñan durante un periodo de cuatro años, renovable en periodos sucesivos.

Los porcentajes de la distribución del tiempo son variables, ya que dependen del hospital en el que trabajen y la bibliografía que se consulte.

3.- Adjuntos o Facultativos especialistas de área (FEAs), con especial dedicación a la asistencia sanitaria (80% de su jornada laboral).

4.- Médico interno residente (MIR).

Características del Jefe de Unidad:

- Competencia científico-técnica. Indica que se mantenga en continuo aprendizaje.
- Legitimidad de origen. Su nombramiento se ha hecho según las disposiciones legales y mediante procedimientos públicos. Esto preserva su independencia profesional.
- Legitimidad de ejercicio. Se le debe aplicar la evaluación periódica y la incentiación ligada a objetivos.
- Madurez profesional y psicológica. (6)

- El Jefe de Servicio, debe ser un líder dentro del grupo de trabajo, es decir que tiene potencial de influencia sobre el resto.

Uno de los elementos fundamentales de un Jefe es la **capacidad de negociación**, entendida como el proceso de persuasión para conseguir que los otros acepten sus propuestas. La habilidad para negociar será determinante en su eficacia como directivo.

Funciones del jefe de servicio (misión del puesto):

Elaborar un manual de normas y procedimientos y el informe de situación.

Ser el responsable de la organización, gestión, funcionamiento y evaluación del Servicio.

Evaluar el resultado del proceso asistencial de los pacientes.

Gestionar los recursos materiales disponibles velando por su correcta utilización.

Gestionar los recursos humanos, mediante la distribución de las tareas.

Proponer al Director Médico las características profesionales que mejor se adecuen a los perfiles específicos de los puestos de trabajo e identificar las necesidades.

Promover la prestación de Servicios con criterios de excelencia.

Evaluar la práctica clínica de los facultativos que integran su Servicio aplicando el método científico en la cirugía.

Programación de los partes quirúrgicos. Participación en el Comité de Programación Quirúrgica.

Facilitar la implantación de Unidades Interdisciplinares.

Promover la corresponsabilidad de funciones dentro del Servicio.

Definir con el Equipo Directivo la Cartera de Servicios y evaluar la adecuación de las prestaciones incluidas en la misma a las necesidades.

Potenciar la participación de los miembros de equipo en la elaboración de vías clínicas, protocolos, así como la programación de las sesiones clínicas y las necesidades de formación continuada.

Estimular la actividad docente e investigadora.

Transmitir los problemas y necesidades de los médicos a las instancias directivas superiores para intentar su resolución.

Inducir al cambio y responder ante oportunidades y amenazas.

Acordar, con la Dirección y la Gerencia los objetivos asistenciales (Contrato de Gestión o Contrato Programa).

Representar a la Institución en cuantos foros sea necesario.

Estar dispuesto a participar en las guardias de presencia física y/ o localizadas.

Posteriormente debería integrarse en la Jefatura de guardia del hospital.

Diseño anual o semestral de las guardias médicas.

Delegación de responsabilidades del equipo directivo en el Jefe, y de este a sus facultativos según características de los mismos.

Para algunos autores el Jefe actual es un gestor de recursos o un facilitador de tareas, en el que si sus conocimientos profesionales son altos se aceptará su condición de liderazgo. Se le asignan dos tareas fundamentales las decisiones de política hospitalaria o sanitaria y la conducción del equipo humano. (11)

Es muy importante tener en cuenta dos parámetros actuales, la descentralización y la autonomía. En la actualidad son las Comunidades Autónomas (CCAA), las encargadas de gestionar la sanidad de la población correspondiente.

En el Plan Estratégico del Insalud de 1997 ya se hacía referencia a conceptos como motivación, incentívación y participación de los profesionales en la gestión. (6,12)

1.1.3 GESTIÓN

Además de la estructura organizativa, en los servicios o unidades debe existir un modelo de gestión que desarrolle las distintas funciones encomendadas como son la función asistencial, la docencia e investigación, la calidad y la administración. (9,13) Esto se ha venido denominando gestión clínica, que tiene como objetivo trasladar las decisiones al nivel en que realmente se ordena el gasto, se obtienen los resultados clínicos, se genera la calidad y se propicia o no la satisfacción del paciente. La actividad asistencial debe orientarse hacia los procesos.

Es responsabilidad del jefe implicar al facultativo en la unidad funcional, haciéndole participe en las comisiones hospitalarias y favoreciendo la transformación hacia una Unidad de Gestión Clínica.

1.1.3.1 PROYECTO TÉCNICO DE GESTIÓN

Tomando como modelo la memoria de gestión de un Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo publicada en la “Guía de Gestión clínica en cirugía” de la Asociación Española de Cirujanos (AEC) del año 2005 desarrollaremos el proyecto técnico de gestión. Consta de cuatro fases: planificación, organización, dirección y control

1.- Planificación

Es el eje fundamental del plan de gestión del servicio, que permite mediante el análisis de la situación determinar una serie de objetivos, así como diseñar las

estrategias y los planes más adecuados para conseguirlos. Condiciona las posteriores fases para permitir la realización de los planes seleccionados y conseguir los objetivos.

Se utiliza el método DAFO, que consiste en el análisis de la situación externa pretendiendo conocer la realidad ajena al servicio, compuesta por los factores del entorno que pueden influir en la actividad. Así se determinan las amenazas y oportunidades. Además, se complementa con el análisis interno del servicio en el que se realiza una autoevaluación que determinará sus fortalezas y debilidades.

2.- Organización

Las Unidades como organización deben quedar supeditadas a los objetivos y planes pretendidos, por lo que debería ser flexible para acomodarse a los cambios de los mismos a lo largo del tiempo.

Recursos físicos: consulta externa (CEX), sala de hospitalización, quirófanos, área específica de urgencias, área administrativa, instalaciones para docencia, recursos para la investigación.

RRHH: son el elemento fundamental para conseguir los objetivos propuestos. Se debe considerar el personal facultativo y el no facultativo.

Recursos materiales: equipamiento, recursos tecnológicos.

Recursos económicos. (14–16)

Organigrama: se debe resumir en un gráfico. Deben aparecer todas las actividades de la Unidad de responsabilidad (UR) y los facultativos que las realizan.

Debe existir un manual de normas y funcionamiento, para que cada miembro de la organización conozca las tareas asignadas y cómo, así como lo que tienen que realizar los demás. Es una pieza básica del trabajo en equipo.

3.- Dirección

El servicio necesita ser dirigido para que su funcionamiento correcto permita la ejecución de los planes seleccionados y la consecución de los objetivos propuestos. La tarea de Jefatura se centra en facilitar la realización del trabajo, fundamentalmente mediante labores de coordinación y comunicación, capacidad de motivación y ejercicio del liderazgo. Se requieren habilidades para la solución de conflictos y la negociación, así como para el manejo de la dinámica de grupos.

La Jefatura es una tarea tan importante que puede hacer funcionar una organización defectuosa o hacer inútil una buena. El éxito de la dirección depende principalmente de las capacidades, habilidades y experiencia de la persona responsable.

El liderazgo y la motivación son considerados como factores extra del éxito de una organización.

Liderazgo: debe buscar la aceptación disciplinada del ejercicio de su autoridad reconocida en el prestigio, el ejemplo, la justicia, el amparo, la firmeza y la equidad. (17,18)

Lo llevan a cabo las personas, no los cargos. Su función consiste en conseguir que otras personas se sientan atraídas a una tarea común. Obviamente, el líder tiene que poseer ciertas cualidades, entre las que se incluyen la valoración de las tareas de su equipo y conseguir que alcancen los retos que se proponen.

El directivo de hoy estimula la moral de sus colaboradores, es un facilitador del trabajo. Dirigir es conseguir la satisfacción personal y de los colaboradores. También ayuda a realizarnos como personas y como profesionales (19,20).

La importancia del liderazgo en el camino a la excelencia es destacada en el artículo de Lorenzo. El capital humano es lo más importante en las organizaciones y la realización de proyectos en común fomenta la comunicación y la motivación de los distintos profesionales. (21)

En primer lugar, debemos diferenciar dirección de liderazgo. La Dirección tiene que hacer frente a la complejidad, el liderazgo por el contrario tiene que afrontar el cambio. Dirección y liderazgo son débiles en los hospitales españoles. Un líder es una persona que es capaz de atraer la ferviente y voluntaria participación de otras personas en una tarea común.

El liderazgo puede ser transaccional y transformacional destacando en este caso el carisma, la consideración individualizada y el estímulo intelectual. Exige ciertas cualidades y actividades a realizar. Ningún estilo de dirección garantiza el éxito del directivo.

Hay 4 estilos de liderazgo situacional: dirigir (elevada tarea y escasa relación), instruir (elevada tarea y elevada relación), apoyar (elevada relación y escasa tarea) y delegar (escasa relación y escasa tarea).

Para diagnosticar la situación del entorno y la madurez profesional de los colaboradores se utilizan dos variables: la competencia profesional derivada de los conocimientos, habilidades; y la experiencia y el interés por el trabajo, consecuencia de la seguridad en si misma y la motivación.

¿Cómo utilizar el estilo de liderazgo adecuado? Primeramente, se debe determinar lo que pretende lograr de sus colaboradores, a continuación, debe

diagnosticar el grado de madurez y desarrollo profesional respecto de las tareas a llevar a cabo, y para finalizar identificar el estilo que corresponde a cada tarea o actividad que debe realizar cada colaborador. Para determinar el estilo del liderazgo se han diseñado cuestionarios. Combinando liderazgo y dirección pueden obtenerse cinco situaciones diferentes, con las que se configuran cinco modelos de liderazgo/dirección: dominio de la gestión, impulso del liderazgo, orientación a los conflictos, propensión a la vacilación y equilibrio e integración.

El directivo de hoy es aquel que estimula la moral de sus colaboradores, es un facilitador del trabajo de todos. Dirigir es conseguir resultados a través de los colaboradores, logrando al mismo tiempo satisfacción personal y de su equipo y desarrollo humano y profesional de todos.

Los objetivos estratégicos constituyen una pirámide, en cuya cúspide se encuentra el objetivo de eficiencia. (22,23)

Motivación: es definida por Casas como el conjunto de factores dinámicos que mueven a la persona a actuar con un objetivo y distintos grados de esfuerzo y persistencia. La conducta motivada puede tener su origen tanto en factores internos como externos. (24)

Existen teorías que señalan la relación entre rendimiento, satisfacción y recompensas, destacando la importancia de la idoneidad en el puesto de trabajo y la adecuada medición del rendimiento, de manera que la distribución de recompensas sea equitativa. Es relevante proporcionar retroinformación de forma sistemática a cada miembro del servicio sobre el trabajo realizado y sus resultados. (24)

La motivación depende en gran parte de las habilidades del jefe, guarda gran relación con las características personales de los trabajadores y del contenido del puesto de trabajo.

Información y comunicación: existen procedimientos para percibir de forma constante las necesidades, expectativas y satisfacción de los miembros del servicio. Se puede utilizar el contacto directo, la entrevista personal, la observación de actitudes.

Hay técnicas para estimular la participación de todos los miembros del servicio en el establecimiento de objetivos y de los planes para conseguirlos.

La coordinación es la tarea consciente de relacionar y sincronizar las diferentes labores y personas del servicio para la consecución de los objetivos comunes. Va unida a la tarea de comunicación entre personas y unidades. Es misión del jefe facilitar ambas tareas.

Incentivación: se debería habilitar un sistema de recompensas y penalizaciones claramente especificado y explícito, ligado a la evaluación objetiva de la cantidad y calidad del trabajo realizado y a la consecución de objetivos.

Podríamos citar los siguientes: formación continuada, responsabilidades y autonomía progresivas, facilitación de la investigación y la docencia, compras del equipamiento.

4.- Control

Consiste en una monitorización continua del grado de cumplimiento de los planes y objetivos. El propósito consiste en proporcionar a todo el equipo de la UR una retroinformación relevante, precisa y a tiempo, con el objeto de valorar los niveles de cumplimiento y permitir la toma de medidas correctoras.

Un servicio clínico recibe datos de evaluación desde los sistemas de documentación centrales del hospital. Es conveniente diseñar bases de datos propias, sobre todo de los procesos importantes.

Como instrumentos de medida utilizaremos los indicadores.

Indicadores de actividad: CEX, hospitalización, quirófano, urgencias, etc.

Indicadores de docencia e investigación: La actividad investigadora se evalúa a través de la medida y análisis de la producción científica: comunicaciones, publicaciones en revista o libros. Es fundamental la producción de tesis doctorales y la participación en proyectos de investigación financiados por las universidades o las agencias específicas.

Respecto a la docencia de MIR o de alumnos del grado en Medicina tenemos las encuestas de valoración del profesor o del tutor.

Indicadores de calidad: científico-técnica o percibida. Dentro de la técnica incluiremos la tasa de morbilidad y mortalidad, tasa de reingresos, demoras en consulta o en lista de espera quirúrgica (LEQ), informe de alta, profilaxis, tasa de infecciones, consentimiento informado. La calidad percibida se mide mediante la encuesta de satisfacción.

Indicadores de eficiencia: evalúan la complejidad de la casuística atendida por el servicio y su coste. Se usan entre otros, los grupos relacionados con el diagnóstico (GRDs). (25)

1.1.3.2 GESTIÓN CLÍNICA

La gestión clínica podríamos dividirla en gestión organizativa, gestión de la calidad y gestión económica. Vamos a sintetizar estos epígrafes.

A.- Gestión organizativa y funcional del servicio

Normas de funcionamiento interno. La actividad del Servicio deberá ajustarse a un esquema de funcionamiento previamente establecido, con objeto de garantizar que la utilización de los recursos que se asignen responda a criterios de calidad y eficiencia adecuados a la demanda.

Sería conveniente disponer de un Manual de Normas y Procedimientos en cada Servicio o UR.

Programación de la actividad. El objetivo prioritario es el de minimizar el tiempo de respuesta necesario para la realización de prestaciones incluidas en la cartera de servicios. Definir las agendas o programas de trabajo correspondientes a cada prestación, debiendo constar expresamente la distribución del tiempo disponible para su realización.

Dentro de la actividad debemos incluir la CEX, la hospitalización, el quirófano y la urgencia. Las actividades que se realizarán bajo la modalidad de atención continuada o guardia, estarán previamente establecidas en cuanto a la dotación de efectivos y al horario de funcionamiento

Debe ser objeto de revisión periódicamente, dependiendo de las necesidades.

Contrato de gestión. La previsión de la actividad y los recursos necesarios para llevarla a cabo se diseñarán anualmente. Hay que calcular la demanda esperable y considerar los objetivos generales del hospital.

Es la expresión sistemática de los objetivos anuales de cada Servicio o Unidad, por lo que hay que realizar un seguimiento específico, determinando el grado de cumplimiento y estableciendo medidas correctoras, si fuera necesario.

Episodios del proceso asistencial. Es el conjunto de las prestaciones realizadas a un paciente hasta completar la asistencia en un área básica de

atención. Todo episodio será adjudicado a un Servicio, por lo que uno de sus médicos será el responsable del mismo.

El conjunto de episodios derivados de una misma causa clínica conformará el proceso asistencial de cada paciente.

Se entiende por **proceso** el conjunto estructurado y medido de actividades secuenciales (con una finalidad y con un tiempo) encaminado a generar un valor añadido sobre una entrada, para conseguir un resultado satisfactorio a los requerimientos de los clientes. La definición de proceso es un concepto abstracto que define “qué” se hace y es la forma natural de la organización del trabajo; proceso equivale a método. (26)

En la planificación de un proceso se comienza definiendo el objeto y a continuación el funcionamiento y debe tener asignado uno o varios propietarios.

En la gestión de los procesos se organiza la asistencia alrededor del paciente o de una patología, es un cambio de la gestión vertical a la horizontal.

Sus características más importantes son:

- Orientación al paciente.
- Implicación de los profesionales sanitarios en la gestión clínica.
- Mejora continua de los procesos.
- Identificación de debilidades, oportunidades y fortalezas.
- Identificación de procesos clave, que afectan directamente al paciente.
- Medicina basada en la evidencia (MBE).
- Continuidad asistencial y coordinación de los niveles asistenciales

La representación gráfica son los mapas de procesos. Están basados en las guías, vías y protocolos. (8,27) (28–32)

Se emplean indicadores (33) y en la evaluación se utiliza el ciclo PDCA. Debemos monitorizar el proceso con el fin de conseguir una mejora continua.

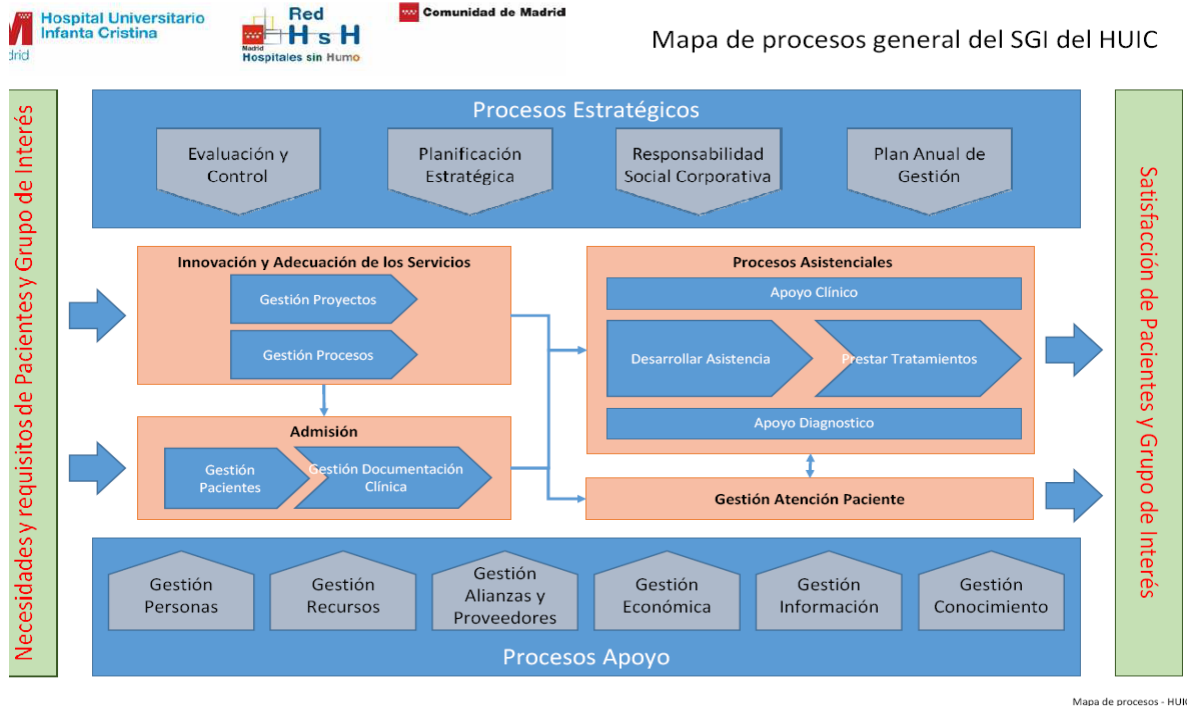


Figura 1. Mapa de procesos general del HUIC.

B.- Gestión de la calidad: incluiremos en ella varios conceptos que es conveniente conocer cuando hablamos de gestión clínica en el sentido más amplio

1.- Calidad asistencial

Avedis Donabedian la define como el tipo de cuidados que son esperados para mejorar una medida del estado de bienestar del paciente, después que uno ha realizado balance sobre las ganancias y pérdidas esperadas que sucedan tras el proceso de cuidados en todos sus componentes.

La calidad consta de tres componentes:

La calidad científico-técnica trata de acercar la efectividad de las prestaciones a la eficacia que la ciencia ha demostrado para emplear las más eficientes.

La calidad relacional es la capacidad del propio sistema para comunicarse con quienes reciben estos servicios profesionales y pacientes.

El componente económico-organizativo debe procurar en una situación de limitación de recursos la accesibilidad de los usuarios y la optimización de su utilización.

Donabedian formuló que la estrategia para evaluar la calidad de un servicio asistencial requiere:

- Análisis de la estructura que lleva consigo un estudio adecuado de los medios humanos, materiales y de financiación.
- Análisis del proceso o valoración de los métodos empleados. Es el campo de la auditoría médica. Incluye los actos del médico y del paciente.
- Análisis de los resultados como un estudio del producto obtenido.

Debe existir un plan de calidad de instituciones sanitarias que tenga como objetivo la satisfacción de los pacientes y de los profesionales, desarrollando una asistencia eficiente, segura y basada en la evidencia disponible. Es imprescindible la monitorización de indicadores de calidad. (34)

Iniciar un programa de mejora de la calidad en una organización pasa por identificar los servicios o productos finales que presta, el objetivo de cada uno de esos servicios con la participación de quienes van a recibirlo, quienes lo proporcionan y quienes lo financian, así como las posibles estrategias para obtener los mejores resultados con el menor coste posible.

El producto final de un servicio sanitario asistencial es el alta del paciente.

Existen varios **modelos de calidad total** (35–37).

La Joint Commission (1990) impulsa con la llamada agenda para el cambio la incorporación de los modelos del *Continuous Quality Improvement* y la necesidad de orientar los programas hacia la evaluación de los resultados y a implicar a todos los profesionales en los proyectos de mejora. Es un modelo de acreditación específico del ámbito sociosanitario.

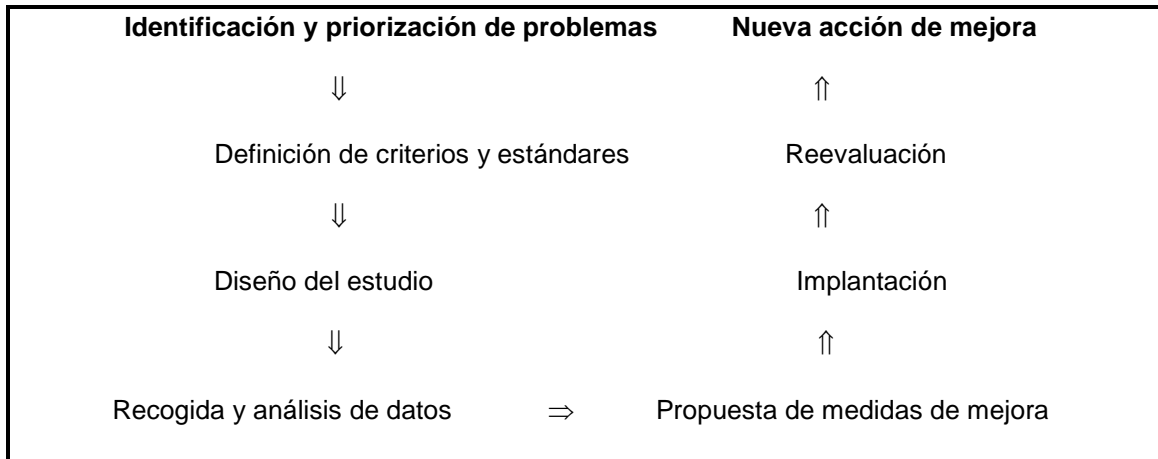
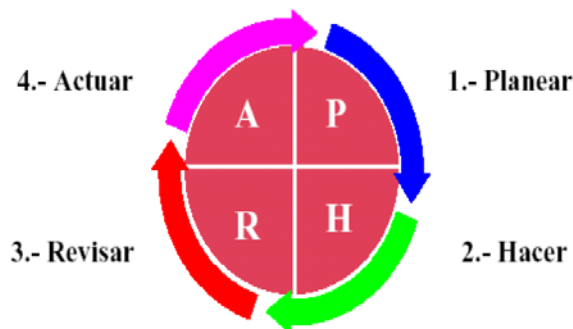


Figura 2. Ciclo de evaluación de la calidad.

El ciclo de la evaluación de la calidad, requiere emplear el método científico en cada una de las fases del mismo.

MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD

Rueda de Deming



La rueda de Deming nos indica las etapas a seguir en un proceso de mejora continua.

Figura 3. Rueda de Deming.

Definir un criterio es definir el patrón de aquello que queremos medir. Debe ser válido, fiable y sensible. Los indicadores son los métodos empleados para medir un criterio. Los estándares son aquellos valores del indicador que marcan el rango entre lo aceptable y no aceptable. (38)

Debemos incluir dentro de la calidad, la esperanza de vida ajustada por calidad, que es un indicador que refleja los días de vida vividos y medidos en determinadas condiciones.

Normas ISO 9000, 9002 y 9004. Una norma es un documento que contiene especificaciones técnicas basadas en los resultados de la experiencia y del desarrollo tecnológico. El organismo que elabora las normativas es la Internacional Organization for Standarding.

El Modelo Europeo de Mejora de la Calidad del *European Forum for Quality Management (EFQM)*, indica los criterios necesarios para el éxito de una organización, así como los utilizados para evaluar sus resultados. Son importantes, entre otros, el liderazgo de la Dirección, la política de motivación e incentivación de los profesionales y la eficiente utilización de los recursos. (37)

La Comunidad de Madrid (CAM) eligió este modelo para promover la mejora continua de los servicios sanitarios para alcanzar la excelencia (39)

En cuanto a los resultados se deben considerar tanto la satisfacción del personal como la del cliente, así como la mejora de su salud y el impacto que esta produce en el resto de la sociedad. (40)

2.- Las bases en las que se sustentan los modelos de calidad son:

Protocolos, vías clínicas y guías de práctica clínica

En Inglaterra, se ha potenciado su empleo con el establecimiento del Oxford Cochrane Center y el movimiento de la Evidence Based Medicine (MBE)

liderado por David Sackett. El cambio fundamental es que toda metodología debe ser basada en la evidencia científica.

La idoneidad de la práctica clínica es la prescripción y utilización adecuada del procedimiento diagnóstico y terapéutico en la circunstancia clínica que está indicado.

Un protocolo clínico es un conjunto de recomendaciones sobre los procedimientos diagnósticos a emplear ante todo enfermo con un determinado cuadro clínico o sobre la actitud terapéutica más adecuada ante un diagnóstico clínico o un problema de salud.

Una vía clínica es un plan asistencial para un proceso o procedimiento de curso clínico predecible, en la que se detallan las actividades clínicas y otras relacionadas, como la responsabilidad de los profesionales, verificando las actuaciones prefijadas y las posibles variaciones. (41)

Una guía de práctica clínica es un conjunto de recomendaciones desarrolladas de una forma sistemática con el objetivo de guiar a los profesionales y a los enfermos en el proceso de toma de decisiones sobre qué intervenciones sanitarias son las más adecuadas en el abordaje de una condición clínica y en circunstancias sanitarias concretas. Son más flexibles que los protocolos y, tienen en cuenta las intervenciones, los recursos y las prioridades sanitarias en su conjunto. Los parámetros más importantes son validez, reproducibilidad, fiabilidad y representatividad del desarrollo. (42,43)

La Medicina basada en la evidencia

Debemos considerar como premisa, la enorme variabilidad de la práctica clínica, la cual puede poner en evidencia una importante falta de consistencia en las decisiones clínicas que se toman.

Existe una clasificación jerárquica de los diferentes tipos de estudios en función de su fiabilidad para estudiar la eficacia terapéutica, que se inicia en ensayos clínicos controlados y los metanálisis con datos de pacientes individuales y finaliza en los casos anecdóticos.

La MBE representa como conseguir la aplicación del método científico a la práctica de la medicina. Integra dos componentes, de un lado la experiencia clínica individual y de otro la mejor evidencia clínica disponible derivada de la búsqueda sistemática. (21,44–46)

La **colaboración Cochrane** es una organización independiente internacional, que busca ayudar a quienes necesitan tomar decisiones sanitarias bien informadas y que aspira a ser uno de los principales instrumentos de la MBE.

La variabilidad en la práctica clínica refleja la obligada necesidad de aplicar el conocimiento científico médico a las necesidades del paciente individual. Se traduce en la existencia de diferencias en la utilización de los servicios sanitarios. (44)

Wennberg en los años 70, desarrolló una metodología para aplicar la epidemiología a la investigación y evaluación del funcionamiento de los servicios sanitarios, la cual reveló la existencia de grandes variaciones en las tasas poblacionales de utilización de hospitales, de los recursos instalados y del gasto sanitario. La variabilidad se produciría cuando existe escaso consenso entre el personal médico sobre los riesgos y beneficios de las diferentes alternativas de tratamiento para un mismo problema de salud.

No existe evidencia que relacione mayor disponibilidad y utilización de recursos *per cápita* con mejores resultados en salud. Está comprobado que las

desigualdades en la distribución de recursos (camas, personal, etc) afectan al umbral de las decisiones médicas.

La práctica médica está impregnada de incertidumbre. Hay que aceptar que parte de la variabilidad que puede observarse es adecuada, ya que puede responder a diferencias en los pacientes en cuanto a riesgos, signos, síntomas o respuestas al tratamiento. (47)

Otras variables que pueden afectar directamente sobre la calidad, además de los modelos, son la Bioética y la Epidemiología Clínica.

Bioética

Intenta averiguar el razonamiento que hay detrás de nuestra vida moral, a partir de un examen crítico de los conceptos y los valores que se utilizan para justificar las decisiones morales e incluso nuestras acciones en determinadas situaciones.

En sanidad se aplican cuatro principios éticos:

- Beneficencia: ayudar al enfermo es el objetivo de las profesiones sanitarias.
- No maleficencia: evitar el daño a los enfermos. Los beneficios deben superar a los riesgos.
- Autonomía: el paciente debe participar en las decisiones que le implican.
- Justicia: se refiere a la distribución de los recursos necesarios para dar asistencia sanitaria. El sistema debe ser accesible para todos los ciudadanos. (48,49)

Epidemiología clínica

Es una ciencia empírica, basada en observaciones que es necesario medir. La principal observación de interés es la ocurrencia de la enfermedad y su fin último la prevención de la misma.

Permite la valoración de las necesidades de atención de la población asignada al centro o servicio hospitalario.

Prevalencia es la proporción de individuos de una población que padecen la enfermedad en cuestión en un momento dado del tiempo.

La **odds** es una medida de frecuencia de la enfermedad, que se calcula dividiendo la probabilidad de que ocurra un suceso en un momento específico del tiempo (prevalencia) entre la probabilidad de que no ocurra (1- prevalencia).

Incidencia acumulada es la proporción de personas libres de la enfermedad al inicio del estudio que la desarrollan a lo largo de un periodo definido a priori. Expresa el riesgo que tiene un individuo de desarrollar la enfermedad durante un periodo determinado.

La tasa de incidencia mide el potencial instantáneo de cambio del estatus de salud al de enfermedad por unidad de tiempo. (50,51)

C.- Gestión económica

Consiste en utilizar eficientemente los recursos asignados. (52)

Eficacia: es la probabilidad de que una intervención alcance sus objetivos cuando se realiza en condiciones ideales en el sistema sanitario. Mide el grado en que una intervención sanitaria alcanza los objetivos deseados, en condiciones óptimas o experimentales.

Efectividad: es la probabilidad de que se alcance sus objetivos cuando se lleva a cabo en las condiciones habituales de trabajo en el sistema sanitario. Mide el grado en que una intervención sanitaria alcanza los objetivos deseados, en condiciones habituales de práctica médica.

Eficiencia: es la relación entre los beneficios proporcionados por una intervención y su coste. Mide el grado en que una intervención sanitaria alcanza ciertos resultados respecto de los recursos consumidos. (49,52,53)

La estrategia básica de la evaluación económica es analizar comparativamente la relación entre los recursos (inputs, factores de producción, costes) y los resultados (outputs, outcomes, producto, efectividad, beneficio) de cada una de las alternativas consideradas en una toma de decisión concreta de recursos

El análisis de minimización de costes se emplea cuando existe un resultado de interés común a las alternativas en consideración, la efectividad es la misma pero los costes son diferentes.

El análisis coste-efectividad se emplea cuando existe un resultado de interés común a las alternativas en consideración, pero la efectividad de las alternancias, al igual que los costes son diferentes. Es el más utilizado en el ámbito sanitario. Los beneficios se miden en efectividad clínica

El análisis coste-beneficio al ofrecer la información sobre costes y resultados en las mismas unidades, permite analizar el beneficio neto de cada alternativa, posibilitando el rechazo de aquellas cuyos costes sean mayores que los beneficios que aportan. Los beneficios se miden en unidades monetarias

El análisis coste-utilidad permite tener en cuenta los resultados de calidad de vida de cada alternativa, a la par que transformarlos en la unidad común que permita la comparación de la misma. Los beneficios se miden en cantidad y calidad de vida. (53–55)

Se consideran centros de coste a las agrupaciones funcionales que desarrollan actividades comunes y diferenciadas, respecto de las cuales se pueden recoger y acumular costes.

El case-mix se refiere a la combinación específica de tipos, categorías o grupos de casos tratados, integrando en un único valor la variedad de patologías de enfermos tratados y teniendo en cuenta el número de cada uno de ellos. Constituyen el fundamento de criterios de distribución presupuestaria y de los procedimientos de pago por proceso. (56)

1.1.3.3 INSTRUMENTOS DE GESTIÓN

A.- Contrato de gestión o contrato programa

Permite definir la fijación, seguimiento y evaluación de objetivos de actividad, calidad y relación entre los distintos niveles asistenciales. Además, define y clarifica los mecanismos de financiación, las vías de desarrollo de los centros y contribuye a consolidar una cultura de comparación objetiva entre los distintos hospitales y dentro de ellos entre las distintos Servicios y/o Unidades Asistenciales.

Es un documento público, suscrito y rubricado entre la Dirección Gerencia del Servicio Autónomo de Salud (contratador) y la Dirección del Centro Sanitario (proveedor), generalmente con una vigencia de un año.

El objetivo final es que dicho contrato sea un elemento válido de medida, mejora y coordinación de las prestaciones que los hospitales ofrecen a su población, haciendo que estos se orienten cada vez más al usuario.

Intenta ligar el presupuesto asignado a la actividad prevista para cada ejercicio en función de la Cartera de Servicios del centro. (57–59)

B.- Sistema de información. Cuadro de mandos

El Sistema de información de un hospital según la OMS es un conjunto de elementos coordinados que constituyen una estructura para la recogida, el

procesamiento, el análisis y la difusión de la información necesaria para la planificación y buen funcionamiento de los servicios sanitarios. (1,45,50)

Los sistemas de Información Sanitaria deben servir a una finalidad precisa, como es aportar elementos de cuantificación que faciliten la racionalidad en la toma de decisiones; y por ello su función prioritaria es facilitar información válida que aporte elementos para la planificación, evaluación, gestión e investigación sanitaria, tomando como base la historia clínica. (50)

La Dirección del Hospital dispone de la información para gestionar adecuadamente el hospital, con los recursos adecuados. Todos los meses se actualiza, pero se puede analizar en cualquier momento.

Se incluyen datos de consultas, hospitalización, intervenciones quirúrgicas, atención en urgencias, estancias, suspensiones, etc.

Existen dos sistemas que ofrecen datos sobre la morbilidad atendida en los hospitales: la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria y el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD). La Encuesta de Morbilidad provee datos sobre frecuentación hospitalaria según diagnóstico de alta del conjunto de hospitales públicos y privados. El **CMBD**, más actual, recoge el mínimo de información que satisface las necesidades de la mayor parte de usuarios potenciales de información hospitalaria. (50,60)

Es un sistema instrumental de información clínica-administrativa que el Consejo Interterritorial de Salud español definió en 1987. Permite la identificación y codificación de las altas producidas en los hospitales y en la cirugía mayor ambulatoria, como paso previo para la cualificación de la actividad asistencial, proporcionando un núcleo estandarizado de datos de carácter impersonal para facilitar el conocimiento de los episodios asistenciales. (61)

El informe de alta, constituye el documento básico de información para el paciente y para los profesionales de los distintos niveles asistenciales. Se le adjudican 18 variables. Se creó un Registro en la Comunidad de Madrid, así como una Comisión de seguimiento y un Grupo Técnico de Expertos.

C. - Grupos relacionados con el diagnóstico (GRDs)

Son un sistema de clasificación de pacientes diseñado para relacionar la casuística de un hospital, los distintos tipos de pacientes que son atendidos, con el consumo de recursos que estos originan.

Constituyen el fundamento de los sistemas de medición del *case-mix* hospitalario, orientados al procedimiento del pago por proceso. (56)

Clasifican episodios de hospitalización. Sirven para conocer la actividad y el funcionamiento hospitalario. En la actualidad ya hay GRDs ambulatorios.

Se deben evaluar los más habituales de cada Unidad. (62,63)

Los datos se obtienen del CMBD. La codificación se realizó con la clasificación internacional de enfermedades (CIE 9 MC). (50,64,65)

Otra fuente de datos hospitalarios es el Sistema de Información en Atención Especializada (SIAE). De él se obtienen por ejemplo el peso medio, la frecuentación por mil habitantes.

D.- Unidad de complejidad hospitalaria (UCH) y contabilidad analítica

La **UCH** aparece en los contratos de gestión del año 1998, como medida de la actividad asistencial. Es un ingreso ajustado por la complejidad media de los procesos atendidos en los hospitales del grupo. Se obtiene a partir de la aplicación del sistema de clasificación de procesos GRD.

Es el producto del peso medio del hospital por el nº de altas atendidas. Es una expresión del consumo de recursos que han ocasionado todos los pacientes.

Es la unidad de medida de la actividad de hospitalización.

$UCH = N^{\circ} \text{ de altas} \times \text{peso medio}$

$\text{Coste del hospital} / n^{\circ} \text{ de altas} = \text{Presupuesto} / n^{\circ} \text{ de altas} = \text{Coste del alta}$

$\text{Coste unidad de casuística (UCH)} = \text{coste del alta} / \text{peso medio hospital}$

La UCH es una unidad utilizada para determinar la financiación. Se fija una tarifa común para todos los hospitales de un determinado grupo que se multiplicará por su UCH. Cuanto mayor sea el peso medio del hospital, mayor es el consumo de recursos de los enfermos atendidos.

La Contabilidad analítica permite establecer y acumular los costes en las distintas unidades de actividad y, posteriormente repartir los costes e imputarlos a distintos procesos o actividades realizadas, resultando en la medición del producto final. El coste es el elemento principal de la contabilidad analítica. (38,57,66)

E.- Índices de estancia hospitalaria

IEMA (índice de estancia media ajustada) = estancia media (EM) / EMAF.

$\text{Estancia} = n^{\circ} \text{ de altas (casuística)} \times \text{estancia media (funcionamiento)}$.

Compara el funcionamiento del hospital con respecto al funcionamiento del estándar. Un IEMA<1 indica un mejor funcionamiento del hospital respecto al control.(57)

EMAC, EM ajustada por la casuística del estándar. Es la EM que hubiera tenido el hospital atendiendo a la casuística del estándar en lugar de la propia.

EMAF, EM ajustada por el funcionamiento del estándar. EM que hubiera tenido el hospital aplicando en cada GRD a sus propios casos la EM del estándar.

En los Servicios quirúrgicos es muy importante la estancia preoperatoria, que es la diferencia entre la fecha de intervención y la fecha de ingreso del paciente. (8,45)

F.- Índice de complejidad

Compara la casuística del hospital con la del estándar. Un índice mayor de 1 indica mayor complejidad (>consumo de recursos). La complejidad se refiere a la cantidad y tipo de pruebas diagnósticas y terapéuticas y al número de días de estancia que son necesarios para el manejo de una determinada enfermedad. (8)

1.2 SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

La CGD abarca varios ámbitos de aplicación, destacando toda la patología quirúrgica de los siguientes aparatos, órganos y sistemas: digestivo, sistema endocrino, mama, abdomen, piel y partes blandas, cabeza y cuello. Además, el manejo inicial y la resolución hasta cierto nivel de complejidad de los problemas quirúrgicos urgentes de otras especialidades (cirugía vascular, cirugía torácica, urología, neurocirugía). Debe atender a los fundamentos biológicos y técnicos de la cirugía. (67)

Existe una relación en cuanto a diagnóstico y terapéutica con otras especialidades que también intervienen en los numerosos sistemas, aparatos y áreas anatómicas. La actividad quirúrgica constituye en este momento el mayor porcentaje de altas y consumo de recursos de un hospital. (9)

En los últimos años ha cobrado gran importancia la función gestora. Un ejemplo práctico de esta gestión es el manejo de la **LEQ** que se define como el conjunto de pacientes que se encuentran pendientes de una intervención quirúrgica, y que se origina por el desequilibrio entre la oferta y la demanda. La adecuada gestión de esta lista es el principal objetivo del Sistema Nacional de Salud. Para ello, debemos considerar una inclusión correcta y agilizar la salida de la misma. (68)

En el año 2004 se puso en funcionamiento el Plan Integral de Reducción de la Espera Quirúrgica en la CAM, que ahora no está en vigor. Actualmente, existen unas prioridades a 30 (oncológica), 90 (preferente) y 180 días (resto) según la patología del paciente. La AEC ya publicó una metodología para la priorización de las patologías. Los principios éticos también tienen su papel en la gestión de la LEQ. La variabilidad en la práctica médica puede conducir a diferentes criterios de inclusión de pacientes en la LEQ. (69)

Las listas de espera contemplan la demora generada en un determinado procedimiento, por tanto, no dan una visión global del conjunto del proceso asistencial, desde que el paciente accede al sistema sanitario público hasta la resolución de su proceso.

Los planes de choque contra las LEQ, actúan aumentando los recursos y la productividad, lo que genera un acortamiento del tiempo en lista, pero aumenta el número de personas en la misma. Actúan, en ocasiones, negativamente sobre el funcionamiento del resto del hospital, por ejemplo ocupando más camas. (70,71)

El **consentimiento informado** es un proceso que se efectúa verbalmente, de forma gradual y en el seno de la relación profesional-paciente. La ley exige

además un documento que contenga la información recibida y el consentimiento otorgado para cualquier intervención (72).

La AEC creó unos consentimientos específicos que son utilizados por los cirujanos. (21,73,74).

1.2.1 FUNCIONES DEL SERVICIO DE CGD

1.2.1.1 FUNCIÓN ASISTENCIAL

Es la primordial y debe ocupar aproximadamente el 80% del tiempo médico. El 20% se dedicará a las funciones docentes e investigadoras.

Consulta externa

Es la puerta de entrada más frecuente de los pacientes al hospital. Se establece la indicación quirúrgica, la inclusión en LEQ y la evaluación inicial preoperatoria. Hay que intentar dar la máxima resolución a la primera visita, solicitar las pruebas necesarias, definir bien los circuitos.

Se tiende a agendas individualizadas y flexibles por cirujano, unidad o sección. En alguna patología se han organizado consultas de alta resolución. Además, se podrían hacer procedimientos ambulantes. La enfermera se encargará de las curas y de la consulta de estomatoterapia.

Hospitalización

En los últimos años han cambiado las características de los pacientes hospitalizados puesto que tienen más edad, más comorbilidades y las intervenciones son más complejas.

Existen dos modelos de organización en la planta, uno clásico en que el paciente tiene un cirujano responsable y otro en que el paciente depende del equipo. Ambos sistemas tienen ventajas e inconvenientes.

La visita médica debe ser diaria, con horario pactado y con acompañamiento del personal de enfermería. Son importantes las reuniones entre el equipo de enfermería y los responsables de los servicios. Hay que organizar adecuadamente el horario de información a los familiares.

En busca de la eficiencia se deben evitar estancias innecesarias con ingreso el mismo día de la intervención y disponer de criterios de alta conocidos. También es aconsejable establecer protocolos y vías clínicas que faciliten la labor asistencial.

Quirófanos

Para los cirujanos es el momento más trascendental del tratamiento del paciente, sin obviar los cuidados preoperatorios y los postoperatorios.

Para algunos gerentes el bloque quirúrgico es el motor de un hospital.

Los tamaños de los quirófanos oscilan entre 45-65 metros cuadrados.

Definir bien los circuitos de áreas restringida y semirestringida.

Debe funcionar un Comité de Quirófanos en el que debe estar un cirujano, compuesto por 6-8 miembros y con un Coordinador.

Existencia de una normativa del bloque quirúrgico. (75–77)

Para mejorar los rendimientos se deberían utilizar al menos 10 horas/día. Inicio precoz, reducción de los tiempos muertos (máximo 20 minutos), flexibilidad en la programación, cambios de quirófanos para evitar suspensiones, enfermería entrenada en los procedimientos. Tiempos razonables de ocupación entre el

80-85% y con un tiempo útil entre el 65-70%. Debemos analizar la productividad en relación a la duración exagerada de alguna intervención, con prolongación incluso del horario previsto. (78)

Es muy importante una buena programación. Conocer el tiempo medio por intervención lo facilita y evita suspensiones y/o prolongaciones. Programación con al menos 7-15 días para el 80% de las intervenciones, dejando un 20% para eventualidades. Se suele iniciar por las de más complejidad, aunque también se puede incluir a primera hora algún procedimiento de cirugía mayor ambulatoria (CMA). El nº de cirujanos varía entre 2 y 3. El tiempo previsto puede variar por circunstancias del paciente, del tiempo anestésico y de la experiencia del cirujano. (79)

En la Comunidad de Madrid se diseñaron unos tiempos quirúrgicos (TQEs) o tiempos medios por procedimiento, que han estado en vigor hasta el año 2016. Importante la seguridad, ya que más del 50% de incidentes indemnizables ocurren aquí (efectos adversos). (80,81)

Las cancelaciones debemos agruparlas en dos apartados: las relativas al paciente (incomparecencia, enfermedad intercurrente, no guardar el ayuno) y las relativas al fallo en la asistencia (mala preparación, falta de pruebas preoperatorios, cambio de diagnóstico) más la prolongación de las cirugías previas (falta de tiempo).

La CMA se define como la atención a procesos subsidiarios de cirugía realizada con anestesia general, local, regional o sedación, que requieren cuidados postoperatorios poco intensivos y de corta duración, por lo que no necesitan ingreso hospitalario y pueden ser dados de alta pocas horas después

del procedimiento. Actualmente tiene amplia implantación en el sistema sanitario. Las primeras experiencias españolas datan de la década de los 90.

El criterio prioritario es que el paciente y los familiares acepten este tipo de atención quirúrgica. Los criterios de selección de los pacientes deben ser flexibles, pero no se deben incluir pacientes con posibilidades de complicaciones postoperatorias, como riesgo de sangrado, intenso dolor o duración prolongada. Un buen control del dolor postoperatorio es fundamental para que el paciente pueda regresar a su domicilio

La valoración preoperatoria del paciente realizado por el anestesista es más importante que las pruebas complementarias.

Hay varios modelos de organización de la CMA: dependientes del hospital (integradas, separadas o autónomas y satélites) e independientes físicamente y administrativamente del hospital.

La unidad integrada es el modelo más utilizado hasta ahora. (82–85) (86)

Una de las ventajas que aporta la CMA es la elevada satisfacción de los pacientes, ya que reciben un tratamiento sin ingresar en el hospital.

Índice o tasa de ambulatorización es la proporción de intervenciones realizadas en CMA respecto al total de intervenciones quirúrgicas programadas del hospital, o para cada uno de los procedimientos potencialmente ambulatorios.

Índice o tasa de sustitución por CMA es el cociente entre el número de intervenciones de CMA y el de episodios programados en GRD quirúrgicos potencialmente ambulatorios. Los mejores hospitales tienen un porcentaje de sustitución superior al 55%.

La CMA no solo tiene un planteamiento economicista de contención del gasto, sino que es un buen ejemplo de rediseño de procesos aplicados a la demanda.

(85–87)

Urgencias

Sesión clínica de los ingresos urgentes y complicaciones de los pacientes. En cada hospital se funciona de modo diferente.

Tener dispuesto un quirófano para las urgencias y cirujanos disponibles sin actividad programada.

1.2.1.2 FUNCIÓN ORGANIZATIVA

Organigrama

Todos los servicios deben confeccionar una organización de las tareas que implican a los médicos y cada cual debe ser responsable de las actividades que se le encomiendan.

Organización por Unidades

En los últimos años existe la tendencia hacia la subespecialización, sobre todo en los grandes hospitales, con el objetivo de conseguir mejores resultados. De esto han surgido **las áreas de capacitación específica**. La Unión Europea de Especialista Médicos ha estructurado la Cirugía General y del Aparato Digestivo (CGD) en cuatro áreas: esofagogástrica, hepatobiliopancreática, colorrectal y endocrina. Esto permite un contacto más directo con otros facultativos y surgen las unidades multidisciplinarias que condicionan una horizontalización de la asistencia. Sin embargo, no deberíamos perder la troncalidad de nuestra especialidad.

Con este sistema se descentraliza la gestión jerárquica, dotando de mayor responsabilidad y autonomía al profesional. La tendencia presente y futura conduce al cirujano a participar en una unidad de gestión clínica.

Sin embargo, debemos evitar compartimentos cerrados dentro de los servicios de CGD, manteniendo la unidad dentro del servicio. La existencia de plantillas más limitadas, e incluso la ausencia de MIR o de jefes de sección dificultan este funcionamiento. La figura de un coordinador puede paliar en parte estas dificultades en la organización. Se podrían añadir la Unidad de mama, la de CMA e incluso la de gestión de la calidad. (88)

Unidad de gestión clínica

En los últimos años se está orientando la actividad hacia el proceso, en el que el paciente sigue siendo el centro. El paso hacia la autonomía de la gestión económica es la mayor dificultad actual, porque significa un riesgo para profesionales y gerentes, incluyendo el relativo conocimiento sobre la gestión que tenemos los médicos y menos todavía sobre economía sanitaria.

1.2.1.3 FUNCIÓN DOCENTE E INVESTIGADORA

Pregraduada

Los alumnos son evaluados mediante el portafolio, el mini-CEX y las ECOE. Debe haber un tutor o coordinador.

Postgraduada (MIR)

Existe un programa elaborado por cada Comisión Nacional de la especialidad (el último de CGD es del 2007). Desde hace unos años existe el libro informático del residente donde registra todas sus actividades.

Estamos a la espera de dos temas, la troncalidad y las áreas de capacitación específica.

Sesiones clínicas de CGD

Similar a la que se expone en el diseño del Servicio.

Formación continuada

Se puede realizar en el hospital (individual o en grupo) o fuera de el (presencial, on line, mixta).

Desde el año 1997 existe una Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias que acredita a través de las Comunidades autónomas los cursos, congresos, etc. (89,90)

Investigación

Debemos contar con la poca experiencia de los facultativos en relación con la investigación, las dificultades para integrarnos en algún grupo de trabajo experimental, las dificultades para la financiación y, quizás, la sobrecarga asistencial. (91)

1.2.1.4 FUNCIÓN GESTORA

Ya ha sido desarrollada en los apartados anteriores.

1.3 CREACIÓN Y PUESTA EN MARCHA DE LOS NUEVOS HOSPITALES DE LA COMUNIDAD DE MADRID

El Consejo de Gobierno de la CAM tomó la decisión de construir seis nuevos hospitales en la Comunidad, en el marco del Plan de Infraestructuras Sanitarias 2004-2007. (92)

Por la Ley 4/2006 de 22 de diciembre de Medidas Fiscales y Administrativas de la Comunidad de Madrid se crean las seis Empresas Públicas adscritas a la Consejería de Sanidad de la Comunidad. Es de aplicación el artículo 2.2c) 2 de la Ley 1/1984 de 19 de enero, reguladora de la Administración Institucional de

la Comunidad de Madrid, bajo la denominación de: Empresa Pública (EP) (93) hospital del Sur, EP hospital del Henares, EP hospital del Sureste, EP hospital del Norte, EP hospital del Tajo, EP hospital de Vallecas. (93)

Nacen con ciertas peculiaridades, la más característica es que la construcción y la gestión no sanitaria es responsabilidad de la Empresa Constructora, a la que la Comunidad le pagará un canon por el uso de la instalación; mientras que la gestión sanitaria, incluyendo el personal, será responsabilidad de la Consejería de Sanidad y Consumo(CS). Se inauguraron en el 2008.

En el capítulo IV de la Ley 4/2006 se indica la necesidad de efectuar una redistribución de la población asignada. Además, se producirá una reordenación del personal estatutario fijo e integración del personal laboral fijo y funcionario de carrera que preste servicios en Instituciones Sanitarias del Servicio Madrileño de Salud (SMS) de la CS de la CAM. (93)

En el artículo 12 del capítulo V el Gobierno Regional ha dispuesto la creación de Empresas Públicas con forma de Entidad de Derecho Público (EDP) adscritas a la CS. Estarán regidas por un Consejo de Administración presidido por el Consejero de Sanidad. Dichas EDP gozarán de personalidad jurídica propia, rigiéndose por sus normas especiales y por la legislación que les sea aplicable. (93)

Los objetivos son:

- Atender con suficiencia científico-técnica la demanda de atención especializada de los ciudadanos que le asigne la CS, siguiendo criterios de calidad y eficiencia.
- Promocionar la salud y prevenir la enfermedad dentro de su ámbito de actuación, fomentando la coordinación y el desarrollo de las estrategias

conjuntas con los diferentes centros sanitarios y niveles asistenciales que sean necesarios.

- Desarrollar los programas de formación y docencia que se incardinan en la actuación de la EP, así como los de investigación que resulten concordantes con las líneas que establezca la CS.

Los profesionales que trabajen en los hospitales serán su principal activo. Se debe impulsar su desarrollo profesional dentro del trabajo en equipo, de motivación, promoción y satisfacción individual. Un hospital es una empresa basada en el conocimiento.

El personal estatutario tendrá la condición de personal estatutario en servicio activo según el artículo 63 de la Ley 55/2003 de 16 de diciembre del Estatuto Marco del personal sanitario de los servicios de salud. El personal estatutario y funcionario de las citadas Entidades podrá optar voluntariamente a su integración como personal laboral. (94)

1.4 EL HOSPITAL

Se encuentra dentro de un Área Sanitaria. Es un centro sanitario asistencial dirigido a satisfacer las necesidades de la población, fundamentalmente a través de tres grandes áreas de organización:

- Área de internamiento e intervenciones quirúrgicas.
- Área de consultas externas, urgencias, cirugía ambulatoria y hospital de día.
- Área de procedimientos, diagnósticos y tratamientos.

Para el normal funcionamiento de un hospital se necesitan ciertos recursos:

1.- Estructurales. El hospital es uno de los edificios civiles más complejos ya que mantiene una relación entre los costes de inversión y los de

funcionamiento, su periodo de construcción es largo, las instalaciones son complejas y debe relacionar adecuadamente con el entorno.

CEX: son los espacios físicos que albergan a un mayor número de pacientes.

Área ambulatoria: debería incluir no solo las CEX, sino también los gabinetes de exploraciones funcionales, hospitales de día y la CMA. En relación a la CMA debemos disponer de espacios bien definidos como la zona de atención preoperatoria, el bloque quirúrgico, y la sala de despertar y readaptación al medio.

Centro de alta resolución: consulta de acto único que disminuye los tiempos de respuesta.

Planta de hospitalización: camas de agudos con EM más corta. Se recomienda un 50% de habitaciones individuales y entre 28-36 camas para CGD.

Bloque quirúrgico o espacio donde se agrupan los quirófanos: es una unidad organizativa de profesionales sanitarios, que ofrece asistencia multidisciplinar a procesos asistenciales mediante cirugía en un espacio específico. Es una unidad intermedia que presta servicio e imputa costes a los servicios clínicos finales (77). Es importante el estudio de las circulaciones en su interior con zonas de acceso limitado y la ventilación. Son prioritarias la zona de preparación quirúrgica y por supuesto el quirófano con una superficie mínima útil de 40 m², con una altura mínima de 3 metros, y la unidad de reanimación.

Unidad de urgencias: diferenciada del resto de áreas asistenciales. Son importantes los boxes de triages, box de emergencias, boxes polivalentes, controles de enfermería y zona de observación.

Unidad extrahospitalaria: sirve para la hospitalización a domicilio y puede proporcionar atención integral con criterios hospitalarios, pero en domicilio.

2.- Materiales. Instrumental quirúrgico. Material fungible. Equipamiento para laparoscopia convencional o endoscópica transluminal por orificios naturales. Cirugía robótica. Quirófano inteligente. Ecografía (mama, laparoscopia, hígado, urgencias, recto). Bisturí ultrasónico. Monitorización nervio recurrente. Medicación farmacológica y nutrición. Etc.

3.- RRHH. Las necesidades se deben relacionar con la demanda asistencial. Los cálculos del Insalud para el personal facultativo eran: CEX 30 minutos la primera y 15 la sucesiva; hospitalización 15 minutos y 30 minutos las interconsultas (ITC); intervención quirúrgica (IQ) 135 de media. En Madrid se pusieron en funcionamiento los TQEs.

Es preciso valorar el absentismo, las vacaciones, los descansos de las guardias...

El cálculo de facultativos para 300.000 habitantes es de 20 (solo asistencial) y 27 incluyendo docencia e investigación. (14–16,95). La Cartera de Servicios de cada hospital se define en su Contrato de Gestión, en el que se detallan los procedimientos o técnicas que se pueden realizar en el centro.

Así mismo, los hospitales deben desarrollar funciones de promoción de la salud, prevención de las enfermedades, de formación de pregraduados y postgraduados y de investigación en ciencias de la salud. (5)

¿Qué cambios ha habido en los hospitales en los últimos años?

- Hemos pasado en el siglo XXI de grandes edificios verticales, a medianos, multifuncionales y horizontales (modificación de la estructura física), lo cual facilita los circuitos de pacientes y profesionales, y facilita el contacto entre los profesionales.

- Cambios en los organigramas de los Servicios, de hospitales con Departamentos Quirúrgicos y varios Servicios de Cirugía, a uno solo habitualmente distribuido en Secciones o Unidades clínicas multidisciplinares.
- Tendencia a la ambulatorización de las patologías médicas y especialmente quirúrgicas, con una menor necesidad de camas hospitalarias.
- Se potencian los bloques quirúrgicos, incluyendo quirófanos específicos para la CMA.
- Cambio en la organización y gestión (más participativa y transversal).
- Introducción de conceptos como eficiencia, economía sanitaria, variabilidad clínica.
- Procesos, procedimientos, calidad.
- Hemos pasado de la medicina del conocimiento a la tecnológica.
- Informatización de las actividades, especialmente de la historia clínica.

Según la complejidad y el tamaño, los hospitales se pueden clasificar:

- Hospital básico o comarcal: 200 camas, formado por Servicios troncales.
- Hospital de Área: 400 camas constituido por diferentes especialidades médico-quirúrgicas.
- Hospital regional o terciario: más número de camas e incluye las subespecialidades. (5)

Existen otras clasificaciones en niveles según el número de camas y la cartera de servicios. A nivel mundial la clasificación es en tres niveles (primario, secundario y terciario que correspondería al nivel 1 o de alta complejidad). El Insalud lo dividió en 5 grupos; lasist, impulsora del los Top 20, también los

divide en cinco grupos. El SIAE lo dividió en 5 grupos, correspondiendo al grupo dos los hospitales generales de área. En Madrid son agrupados por complejidad en tres grupos. (96)

1.5 HOSPITAL DEL SUR - HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA CRISTINA (HUIC)

Por la Ley 4/2006 de 22 de diciembre se crean las seis EP adscritas a la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, incluyendo la Empresa Pública Hospital del Sur, configuradas como EDPs. (93)

En el BOCM nº 189. Decreto 111/2007 de 2 de agosto se aprueban los Estatutos de la EP Hospital del Sur. (97)

Según la Orden 3078/2007 de 22 de noviembre de la Consejería de Sanidad se aprueba el Reglamento de Régimen Interior del Hospital del Sur. (98,99)

En el artículo 13 se definen las UR. El concepto de UR, aparece por primera vez en la puesta en marcha del Hospital de Fuenlabrada (100,101), y son los elementos básicos de la estructura del hospital, caracterizados por tener entidad propia, en cuanto que disponen de los recursos humanos y materiales necesarios para el desarrollo de su actividad y su gestión compete a un único responsable, Jefe de Servicio o Sección, etc.

En el artículo 20 se indican las funciones de las UR y de los Jefes de Servicio. (92,98)

En el BOCM 30 enero de 2008 se modifica el nombre del hospital, pasando a denominarse Hospital "Infanta Cristina". (102)

Fue inaugurado el 22 de febrero de 2008.

El edificio del HUIC consta de una planta baja y dos plantas en altura que configuran una superficie construida de 56.811 metros cuadrados. Su arquitectura es flexible y modular y ha sido concebida para cambiar en función de las exigencias futuras. El edificio está distribuido en patios interiores que proporcionan luz natural al interior y un sistema de circulación de personal y usuarios adaptado a sus necesidades.

Se inició como EP con dependencia del SMS con su Consejo de Administración, aunque desde el año 2016 ya no es EP. En el organigrama se representa el Director Gerente como máximo responsable, del cual dependen cuatro direcciones: médica, de enfermería o cuidados, gestión económica y RR.HH.

Está considerado dentro del nivel 1 de la categorización de la Comunidad de Madrid. Dispone de 188 camas, pero con posibilidad de crecimiento hasta las 247. Consta de unidades médicas, quirúrgicas y servicios centrales. Tiene 9 quirófanos habilitados.

Estructura de la población (31/12/2014): 158.743 habitantes.

Los servicios de Atención Primaria de la población asignada están ubicados en los centros de salud de Parla (Los Pintores, Isabel II, San Blas, Las Américas) y el centro de salud de Griñón.

Tiene reconocidos varios galardones:

- Sello excelencia europea EFQM 400+ por el Sistema de Gestión.
- Certificación UNE 179003 de Seguridad del Paciente.
- Norma UNE ISO/EC 27001.
- Credencial de Oro Programa Europeo Red de Hospitales Sin Humo.

Respecto a la acreditación docente, ha conseguido la doble acreditación (pregraduados y postgraduados).

1.6 SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO DEL HUIC

Como preámbulo, donde más rinden los cirujanos es en el quirófano, por lo tanto, debe ser donde utilicen la mayor parte de su tiempo y de su conocimiento, limitando las consultas a las necesarias según la demanda. Todos los cirujanos en este hospital realizarán todas las actividades.

Organización horizontal dentro del propio Servicio.

El desarrollo del servicio de CGD está incluido en el material del estudio, puesto que es el motivo de análisis de la presente tesis.

Objetivos de la UR:

Mínima incisión.

Mínimo dolor.

Mínima estancia.

Mínimas necesidades de sangre.

Mínima morbi-mortalidad.

Mínimas reclamaciones.

Esto se resume en máxima eficiencia y calidad.

La planificación de la actividad, las normas de funcionamiento, la gestión directiva, la participación en comisiones, la cartera de servicios, los pactos en el hospital e interhospitalarios, la calidad, la docencia son algunos de los epígrafes que detallaremos en el desarrollo del proyecto.

Es importante destacar algunos puntos clave sobre el funcionamiento del servicio:

- La gestión de los recursos humanos es la tarea más difícil.
- Entrevista personal anual con facultativos y resto del personal sanitario.
- Pacto con cada facultativo de los objetivos anuales.
- Exposición anual de objetivos y resultados.
- La programación quirúrgica como responsabilidad del jefe.
- Delegación de funciones a los facultativos con responsabilidad en la gestión de las diferentes áreas de actividad. No hay jefaturas de sección.
- Unidad de mama multidisciplinar con la Unidad de Ginecología.
- El liderazgo del jefe de la unidad.
- La motivación y satisfacción de los profesionales.

2. HIPOTESIS Y OBJETIVOS

2.1 HIPÓTESIS

La puesta en marcha de un servicio clínico puede presentar un cierto grado de complejidad debido a que debe integrar una gran cantidad de factores.

Es posible diseñar e implantar un proyecto estructurado para gestionar de manera eficiente la puesta en marcha y la monitorización a medio/largo plazo de un servicio de CGD en un hospital de nueva creación, gestionado como EP en la CAM

Este proyecto podría constituir una herramienta de gran utilidad para su aplicación en servicios similares, tanto en H. de nueva creación como en centros sanitarios implantados previamente, con el fin de realizar un seguimiento de su funcionamiento.

2.2 OBJETIVOS

Los objetivos del presente estudio son los siguientes:

1. Analizar el proyecto presentado para la Jefatura de Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo destinado al Hospital del Sur (Parla) y su puesta en marcha, así como los resultados obtenidos en el plan inicial de apertura.
2. Evaluar periódicamente los proyectos de gestión comprendidos entre los años 2008 y 2015, analizando su grado de cumplimiento en relación con los resultados obtenidos en las áreas de actividad asistencial, docencia e investigación, calidad y gestión.
3. Estudiar la importancia del trabajo por objetivos (institucionales, de la unidad e individuales) como criterio diferenciador con otros centros hospitalarios.
4. Estudiar la influencia de la distribución por áreas de trabajo y de capacitación profesional como medida integradora y de corresponsabilidad.
5. Evaluar el papel de la motivación profesional en la consecución de objetivos.

3. MATERIAL Y MÉTODO

3.1 INTRODUCCIÓN

La metodología empleada en el presente trabajo está basada fundamentalmente en una Memoria de Servicio elaborada por el autor en el año 2007 con el objeto de optar a la Jefatura de Servicio de CGD del Hospital del Sur. Posteriormente, dicha memoria sirvió como guía para el desarrollo, establecimiento, crecimiento, y monitorización del servicio en los años sucesivos.

A lo largo de esta memoria se desarrollaron las estrategias y métodos llevados a cabo en la planificación de los aspectos más relevantes para la confección del servicio hospitalario mencionado: previsión y control de la actividad asistencial, gestión de los recursos humanos y materiales, diseño de la cartera de servicios, planificación de la docencia y formación continuada, plan de calidad, indicadores de eficiencia, etc., así como los mecanismos para evaluar el adecuado funcionamiento de dichas áreas.

Junto a la memoria se incluyen datos generales del Plan Estratégico de Cirugía General de la CAM del año 2012. Igualmente se aportan datos de hospitales del nivel 1 y 2 de la CAM, y datos más específicos del hospital del Henares y Sureste.

El Hospital del Sur, actualmente HUIC, es uno de los seis hospitales que puso en marcha la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid en el año 2008 con una inversión de 71.987.000€

3.1.1 SITUACIÓN Y MARCO GEOGRÁFICO

El municipio de Parla se encuentra en la zona sur de la Comunidad de Madrid, en el límite con la provincia de Toledo. Rodeada por importantes vías de comunicación como son la autovía de Toledo (A-42) y la de Andalucía (A-4). Dispone de una ronda que circunvala toda la ciudad y de todo tipo de transporte público, siendo el más utilizado por los ciudadanos la red de cercanías de RENFE.

El Hospital está situado a las afueras de la población de Parla en el km 30 de la Autovía Madrid-Toledo (A-42), con comunicación directa desde la autovía.

Pertenece al Área Sanitaria 10 junto con el Hospital Universitario de Getafe, el cual es su referencia más directa, para completar la Cartera de Servicios.

3.1.2 DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

En el último censo del Instituto Nacional de Estadística, previo a la apertura del hospital, la población del municipio de Parla era de 100.367 habitantes, con un 55% de hombres y un 49% de mujeres. El 24% eran extranjeros. El municipio de Griñón, segundo en importancia, contaba con 12.547 hombres y 12.773 mujeres. El resto de las poblaciones tenía menos habitantes. El crecimiento poblacional que había experimentado el área 10 en los últimos años había sido del 50%. Ante las crecientes infraestructuras de construcción, especialmente

del municipio de Parla, se estimaba un incremento de la población de unas 30.000 personas.

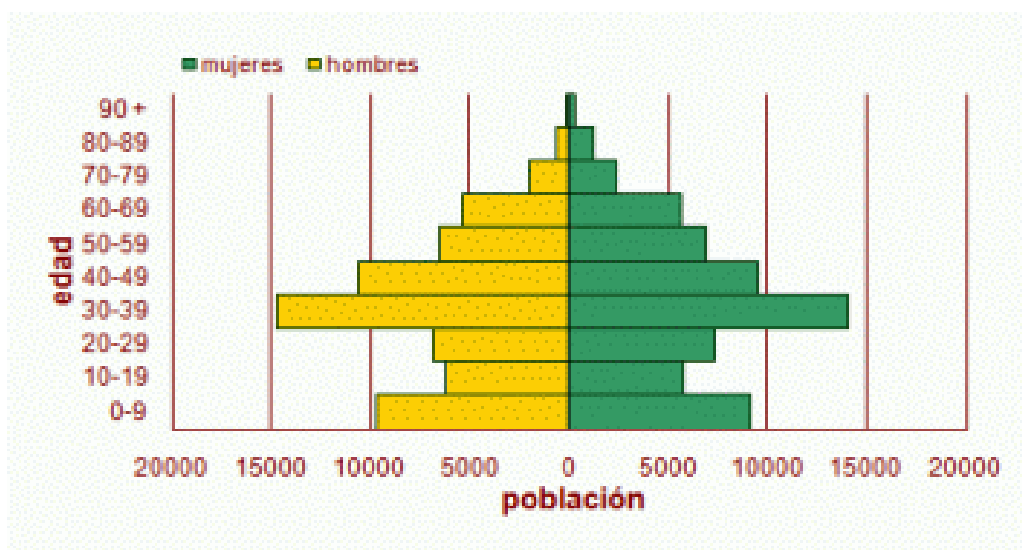


Figura 4. Pirámide poblacional de Parla.

La pirámide poblacional tenía un pico entre los 20 y 50 años, siendo más alto entre 30 y 39. Se observaba un repunte entre 0 y 9 años y la mitad de la población no había cumplido los 40 años. Un aspecto relevante era que el 7% de los habitantes del municipio se encontraba en edad geriátrica, situación favorecida, entre otros factores, por los procesos migratorios protagonizados principalmente por ciudadanos jóvenes. Esto no suele ser lo real, ya que muchas personas mayores viven con sus hijos y no están empadronados, por lo que deberíamos esperar un mayor número de pacientes.

En general, los habitantes de este municipio presentaban un nivel socioeconómico y cultural medio-bajo.

El sector primario ofrecía un carácter marginal. La población ocupada en el sector secundario o industrial era un 27%. En el sector servicios destacaban el

comercio y la administración pública, y el comercio y la hostelería representaban las 3/5 partes de la estructura productiva de Parla.

3.1.3 ÁREA DE INFLUENCIA

Comprende los municipios de Parla, Torrejón de Velasco, Torrejón de la Calzada, Serranillos del Valle, Batres, Griñón, Cubas de la Sagra, Casarrubuelos.

En principio, daba cobertura sanitaria a unos 140.000 habitantes dentro del Área Sanitaria 10 de la CAM.

Poca población tenía otro tipo de cobertura sanitaria, por lo que se esperaba una alta frecuentación tanto para las consultas como para el área de urgencias.

3.1.4 EL HOSPITAL

Se construyó en una parcela de 276.666 m², con una superficie total edificada de 56.811 m².

En el programa de apertura, el hospital disponía de 180 camas para hospitalización. En una primera fase, correspondiente a los meses de febrero-marzo de 2008 se contemplaba la puesta en funcionamiento de 119 camas.

Estaba provisto de un hospital de día polivalente (médico-quirúrgico) con 6 camas y 19 sillones; 9 quirófanos (1 para cirugía urgente y 8 para programada); 70 salas de consultas; 20 camas de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI); 55 gabinetes de exploraciones; 8 salas de dilatación/partos; y en urgencias 2 boxes de parada, 17 locales de exploración, 7 para consulta rápida, 2 de clasificación y 10-20 sillones/camas de observación.

El hospital se incluyó dentro de los pertenecientes al grupo 1, según el agrupamiento por complejidad de la CAM. Los Estatutos de la Empresa Pública Hospital del Sur se publicaron en el BOCM nº 189 (10-8-2007), Ley 4/2006 del 22 de diciembre. Su Hospital de Referencia más próximo era el Hospital Universitario de Getafe del que dependía en algunos procedimientos no incluidos en la cartera de este hospital, así como del propio Servicio de Cirugía de dicho centro que, al menos durante un tiempo, tendría una cartera de servicios más amplia.



Figura 5. Vista de la entrada principal del Hospital del Sur.

3.1.5 ZONAS BÁSICAS DE SALUD

Se establecieron varias zonas básicas de salud dependientes del hospital del Sur, tales como Griñón y Parla (Pintores, Isabel II, Isabel II-2, San Blas, Las Américas).

3.2 ANÁLISIS DAFO

Mediante este sistema de análisis, habitualmente empleado cuando se pone en marcha una nueva actividad de cualquier índole, se realizan unas previsiones que posteriormente se compararán con las situaciones reales. Es una herramienta de estudio de la situación que analiza las características internas (debilidades y fortalezas) y la situación externa (amenazas y oportunidades).

3.2.1 ANÁLISIS EXTERNO

Oportunidades

- La población ha mejorado sus expectativas sanitarias al disponer de un hospital nuevo y con profesionales competentes.
- Colaboración con una Universidad (docencia, investigación).
- Posibilidad de disponer en unos años de residente de Farmacia y MIR.
- Posibilidad de adaptación a las circunstancias, al ser un hospital nuevo en el que todos los días se ejecutan cosas nuevas.
- Conseguir una buena relación con Atención Primaria que se plasme en objetivos comunes y que se integren en la actividad hospitalaria: consultas, técnicas, guardias.
- Poder ser hospital receptor de servicios.

Amenazas

- Demanda de asistencia en todas las áreas hospitalarias (frecuentación alta).
- Dificultades para conocer la población real atendida, incluso con variaciones en la pirámide poblacional.

- Población extranjera con patologías poco habituales en nuestro medio y muy demandante de asistencia sanitaria.
- Dificultad para el control a corto plazo de las demoras en muchas consultas y pruebas diagnósticas.

3.2.2 ANÁLISIS INTERNO

Fortalezas

- Interés de la Consejería de Sanidad en los nuevos hospitales.
- Proximidad cotidiana de parte del equipo directivo respecto a sus profesionales, con delegación de funciones y exigencia de responsabilidades.
- La informatización del hospital podría ser, probablemente, un punto fuerte en el que apoyarse.
- Equipamiento de última generación en todas las áreas y Servicios.
- Equipo de Atención Primaria con espíritu colaborador al tener un hospital más próximo.
- Edad media de los profesionales ligeramente más baja que en hospitales con mayor tiempo en funcionamiento.
- Gran dedicación y esfuerzo de todos los profesionales del hospital.
- Protocolización de la mayoría de los procedimientos y patologías.
- Contratos más estables para los trabajadores.
- La ilusión de los profesionales sanitarios ante el reto de abrir un nuevo hospital.

Debilidades

- Mucha frecuentación en el área de urgencias.

- Pacientes derivados desde el hospital de referencia.
- Problemas con las derivaciones de pacientes del presente hospital a otros hospitales de la red (hospital de referencia).
- Número de reclamaciones.
- Población actual demandante.
- Gestión de pacientes con mucho trabajo.
- Definición de agendas y circuitos.
- Servicios centralizados de Radiodiagnóstico y Análisis Clínicos.
- Actividad en las jornadas de tarde.
- Actividad y funcionamiento de todas las áreas, condicionada por el sistema informático.
- Los Servicios Centrales deben ser colaboradores de los Servicios asistenciales.
- Tareas de enfermería limitadas por la gran cantidad de tiempo que les consume el sistema informático.
- Facultativos con limitada experiencia.

3.3 PREVISIONES DE ACTIVIDAD

El cálculo se realizó de forma prospectiva-teórica al 30% de actividad del Servicio de CGD del Hospital de Getafe, su hospital de referencia y en funcionamiento desde hacía más de 15 años, basado en el análisis de la población asignada.

3.3.1 CONSULTAS HOSPITAL

3.3.1.1 ESPACIO FÍSICO

Se necesitarían 2–3 locales de consulta en el hospital con al menos un cuarto de curas y en el centro de especialidades periférico (CEP) como máximo se precisaría una consulta diaria.

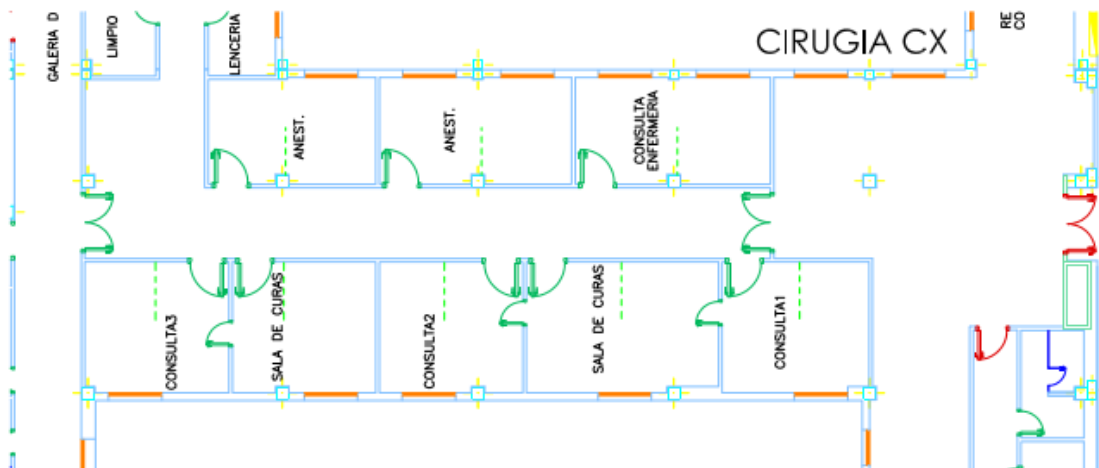


Figura 6. Plano CEX.

3.3.1.2 RECURSOS HUMANOS

En la planificación inicial, el personal no facultativo estaría formado por una enfermera y una o dos auxiliares de enfermería, quedando cada consulta ocupada por un médico.

3.3.1.3 EQUIPAMIENTO

- Equipo informático y teléfono.
- Cajas de curas.
- Material fungible.
- Rectoscopio.

3.3.1.4 FUNCIONAMIENTO

El funcionamiento de la consulta debería cumplir las características que se describen a continuación.

- La consulta se inicia a las 8,30 horas y se finaliza entre las 14,30-15 horas, excepto el día de la Sesión General del Servicio que comenzará más tarde. Será diaria de lunes a viernes. Se inició con día fijo de consulta.
- Se hace la historia clínica del paciente (HC) anamnesis y exploración, peticiones, ITC si precisa, inclusión en LEQ, información del diagnóstico y procedimiento quirúrgico, firma del consentimiento informado.
- Pruebas preoperatorias según ASA y protocolo pactado con el Servicio de Anestesia, con el fin de evitar estudios innecesarios. Si el estado de salud lo permite la mayoría de los pacientes se estudiarán de forma ambulatoria, con dos circuitos uno programado y otro preferente con

prioridad para la realización de los estudios preoperatorios. Prescripción de medicación preoperatoria.

- Al paciente se le facilitará un informe de alta o de actualización.
- Desde la consulta se incluye al paciente en la LEQ, indicando prioridad clínica (preferente o normal). Posteriormente apareció el concepto de prioridad oncológica, en la que el paciente solo puede permanecer 30 días en la LEQ.

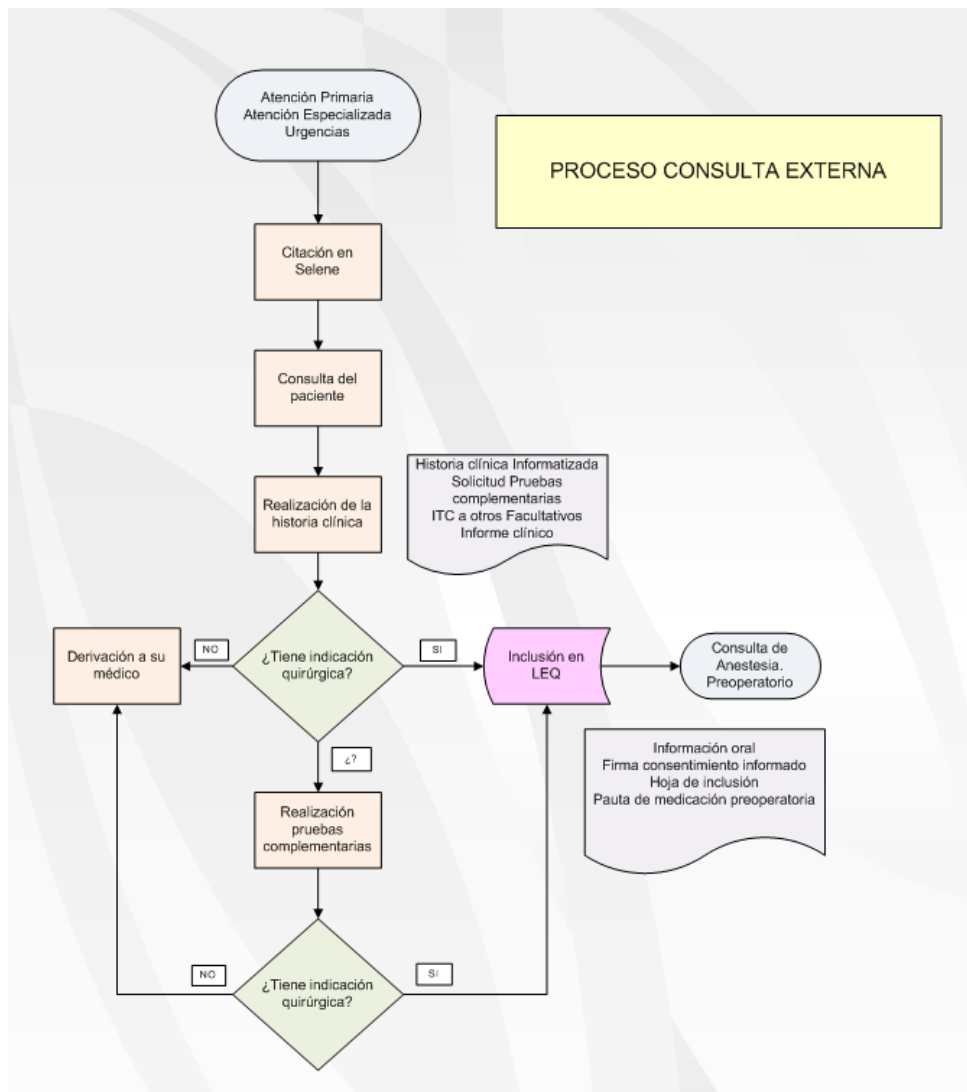


Figura 7. Proceso CEX.

Se propuso una consulta de alta resolución, entendida la misma como una consulta en la que al paciente se le resuelve el problema o se le realiza alguna prueba diagnóstica. En el ámbito de CGD es complejo ya que normalmente se depende de otros Servicios. Sin embargo, sí se puede incluir a un paciente en LEQ desde la primera visita, se le puede realizar una rectoscopia o ligadura de hemorroides mediante bandas e incluso se podría hacer algún tratamiento de cirugía menor ambulatoria con anestesia local.

3.3.1.5 GESTIÓN

La premisa más importante es una buena definición de las agendas de consulta incluyendo, los tiempos medios pactados, número de pacientes totales, nuevos, sucesivos, preferentes, curas, sobrecarga de agenda no superior al 10%, horario, fechas de bloqueo, etc.

En el primer lugar de la agenda se ponen los preferentes, posteriormente los pacientes nuevos y se finaliza con las revisiones. La planificación inicial de las agendas se ve en la figura 8 y tenía la siguiente distribución:

- 12 nuevas x 20 minutos = 240 minutos. Preferentes 2 (NP).
- 8 sucesivas x 15 minutos = 120 minutos. Preferentes 2 (SP), revisiones 3 (RV), resultados 3 (RS).

NP	NP	N	N	N	N	N	N	N	N
N	N								
SP	SP	RV	RV	RV	RS	RS	RS		

Figura 8. Distribución de las agendas de consulta.

$$\text{N}^\circ \text{ consultas} = \frac{(\text{n}^\circ \text{ 1}^\text{a} \text{ consulta} \times \text{tiempo } 1^\text{a}) + (\text{n}^\circ \text{ 2}^\text{a} \text{ consulta} \times \text{tiempo sucesiva})}{\text{días laborables}} \\ \text{Tiempo uso del local (420 min.)} \times \text{rendimiento (0,85)}$$

Se estimó que el total de consultas anuales sería de 8.905, con un índice de ocupación en torno al 85%, para una jornada laboral de 7 horas diarias. Las cifras se obtuvieron del Hospital de Getafe con un cálculo al 30% de la población estimada del Área 10.

$$\text{N}^\circ \text{ de consultas} = \frac{(3924 \times 20) + (4981 \times 15)}{420 \text{ minutos} \times 0,85} / 240 \text{ días} = 1,78 \text{ consultas/día}$$

$$\text{N}^\circ \text{ consultas mama} = \frac{(1121 \times 20) + (5179 \times 15)}{357} / 240 = 4,83 \text{ consultas/día (30\%)} = 1,45$$

Como objetivos que que podrían mejorar la efectividad en la gestión se incluyeron:

- Poner en marcha una **Unidad de Patología Mamaria (UPM)**, con buena respuesta a Atención Primaria (AP) y con un índice sucesivas/primeras razonable. Se podría empezar con una consulta diaria y analizar la demanda.
- Pactar con la dirección la demora máxima para patología preferente y normal.
- Elaborar un documento de derivación de patología preferente y normal desde AP y Atención Especializada (AE).
- Diseñar las agendas para un periodo de un año.
- Minimizar el porcentaje de ausencias no sustituidas.
-

Se definió qué pacientes podían ser citados como **preferentes**:

- Pacientes muy sintomáticos de cualquier patología.

- Pacientes derivados de la urgencia hospitalaria o de los especialistas con dicha prioridad.
- Paciente con sospecha y/o confirmación de patología grave o neoplásica.
- El paciente grave o con patología aguda debe acudir a urgencias.
- Si la agenda da respuesta en menos de 14 días, no debería existir el concepto de preferente.
- Aclarar que la preferencia es un criterio clínico y no administrativo (en principio).

Los primeros meses la mayoría de los pacientes serían de primera consulta. Los tiempos de 1ª visita serían 20-30 minutos y de las sucesivas 10-15 minutos. A la vista de este análisis se necesitarían **2 – 3 consultas diarias**.

3.3.2 CENTRO DE ESPECIALIDADES PERIFÉRICO (CEP)

Los hospitales de la Red Única de la Comunidad de Madrid disponen en su Área de Salud de un CEP, en el que se podría habilitar una consulta con capacidad de alta resolución (inclusión de pacientes en lista de espera, curas, cirugía menor ambulatoria, etc.).

3.3.3 PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN

3.3.3.1 ESPACIO FÍSICO

Unidad de hospitalización: desde un punto de vista organizativo y de funcionamiento, lo más aconsejable es tener todas las camas en la misma Unidad de hospitalización.

El número de camas es variable en los hospitales según el nivel y la complejidad de los procedimientos. Para el antiguo Insalud, la ratio de camas hospitalarias por mil habitantes era de 2,6. El correspondiente al CGD oscilaba entre el 10 y el 15% del total de camas.

Unidad CMA: se estimó como necesario reservar camas dentro de la propia unidad o bien un área adaptada dentro del hospital y próxima al bloque quirúrgico.

Disponer de una sala de información para los familiares.

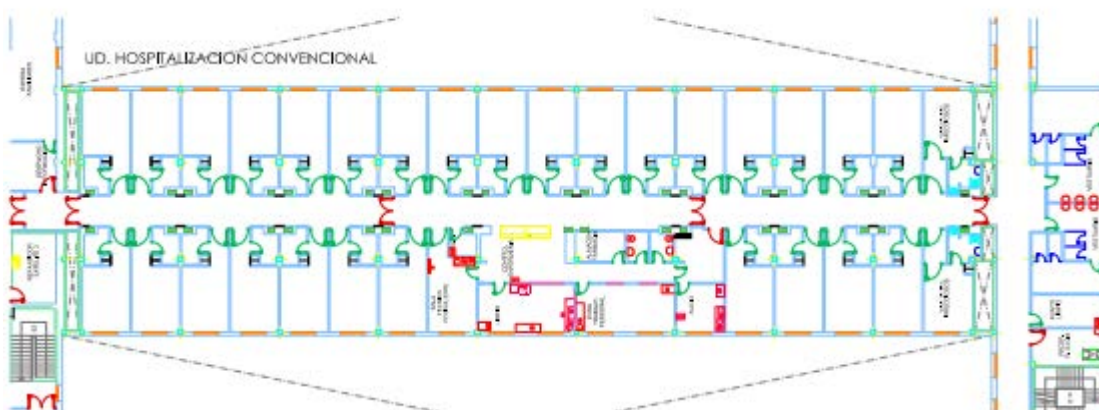


Figura 9. Plano de la planta de hospitalización.

Área administrativa: despacho Jefe y FEAs, secretaria, supervisora y personal de enfermería. Sala de sesiones habilitada con dispositivos de proyección audiovisual.

3.3.3.2 RECURSOS HUMANOS

Un facultativo pasa la planta, si es posible acompañado por el médico de guardia.

3.3.3.3 EQUIPAMIENTO

Equipo de reanimación (carro de paradas).

Equipos de curas.

Equipo informático en cada despacho y teléfono.

3.3.3.4 FUNCIONAMIENTO

- Horario de visitas pactado con la supervisora de la unidad y acompañamiento de los facultativos por parte del personal de enfermería. El médico responsable de la hospitalización pasaría la visita toda la semana y los fines de semana lo haría el personal de guardia.
- Hacer o revisar la HC de los nuevos ingresos, incluyendo la revisión de los exámenes complementarios y la gráfica.
- Visita con exploración física.
- Escribir la evolución y los tratamientos.
- Peticiones de pruebas complementarias urgentes o programadas.
- Prescripción de las órdenes de tratamiento.
- Informe de alta entregado en mano que incluya todos los *items* para el CMBD, habilitando una copia para el paciente y otra para su médico de AP, así como las recetas necesarias.

- Información en sala disponible y en horario prefijado (13:30 horas).
- Ayudar en la cirugía urgente de la mañana.
- Contestar las ITC de otras Unidades y solicitar las propias del Servicio.
Se incluye como actividad para el personal de planta.
- Visita de pacientes de UCI y periféricos.

3.3.3.5 GESTIÓN

En primer lugar, se tuvo en cuenta que la ocupación de camas por parte de un servicio de CGD en la CAM suele ser del 77-85%, y que los ingresos quirúrgicos por urgencias en general son de 35/1.000 habitantes.

A continuación, se llevó a cabo la planificación/estimación de los parámetros de gestión de la planta de hospitalización, considerando los siguientes *ítems*:

- **Altas, estancias, índice de ocupación, rotación enfermo/cama, reingresos:** la información relativa a estas variables estaría aportada por el cuadro de mandos.
- **Estancia pre y postoperatoria:** para conseguir reducir la estancia preoperatoria al mínimo, incluso valorando ingresar al paciente el mismo día de la intervención, se diseñó un circuito con el área de gestión de pacientes y con la supervisora de la unidad. Un adecuado funcionamiento de la CEX también facilitaría el alta hospitalaria.
- **Tiempos de atención/asistenciales:** se consideró que habitualmente el tiempo medio de ingreso/alta es en torno a 20-30 minutos, la duración de la visita ordinaria es de 15-20 minutos/paciente y tiempo de la ITC asciende a 20-30 minutos.

- **Número de ingresos:** el número de ingresos/día previsible se estimó en 2,9. Se elaboró un cálculo que incluía 6 pacientes correspondientes a ingresos y altas (30 minutos/paciente) y 8 pacientes de visita normal (20 minutos/paciente), lo que suponía 340 minutos con un índice de ocupación del 85%. Añadiendo una ITC/día (30 minutos) y el proceso de información a los familiares de los pacientes (30 minutos), el resultado final era de 400 minutos de actividad asistencial.
- **Altas hospitalarias:** el total de altas de CGD de los hospitales estándar (grupo 2) era de 1.060/año y la estancia media era de 4,5-4,75 días. Se decidió establecer la estancia por GRDs como el parámetro para cuantificar este *ítem*, por considerarse un mejor indicador. De esta forma se estimaron unas estancias totales de 4.772 días.
- **IEMA:** el objetivo era mantenerlo en las cifras estándar.
- **Índice de ocupación:** se estimó en un 80%, con una frecuentación del 80%o.
- **Número de camas:** viene dado por la siguiente ecuación:

$$\text{N}^{\text{a}} \text{ de camas} = \frac{\text{población estimada} \times \text{frecuentación} \times \text{estancia media}}{(\text{365 días} \times \text{índice de ocupación}) \times 1000}$$

En la primera fase se contemplaba el funcionamiento de 119 camas individuales en todo el hospital. Por lo tanto, el Servicio de CGD, teniendo a su disposición la mitad de una planta de hospitalización, contaría con 15 camas, lo cual se estimó como suficiente en ese momento.

Se decidió probar el funcionamiento de la hospitalización en el momento de la apertura con derivaciones desde la urgencia del hospital de referencia de los

pacientes correspondientes al área propia. El peso medio del H. U. de Getafe es de 1,41, es lógico que en el hospital, al principio, sea inferior.

3.3.4 BLOQUE QUIRÚRGICO

Se diferenciaron 3 tipos de procesos: con hospitalización, en cirugía mayor ambulatoria y en cirugía menor ambulatoria.

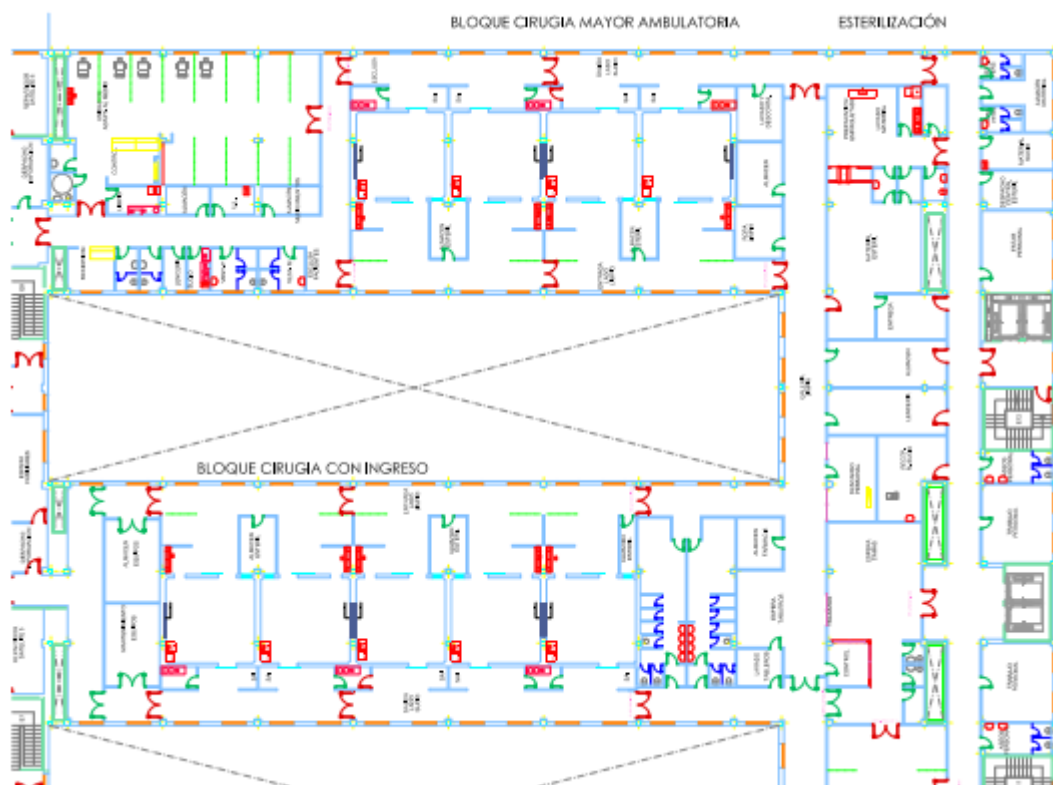


Figura 10. Plano del bloque quirúrgico.

A.- HOSPITALIZACIÓN

3.3.4.1 ESPACIO FÍSICO

El Hospital de Parla disponía desde su apertura de 6 quirófanos, 5 para la cirugía electiva y 1 para las urgencias. Las necesidades serían de 1-2 quirófanos al día.

3.3.4.2 RECURSOS HUMANOS

La distribución del personal facultativo dependerá de la complejidad del procedimiento. Usualmente dos cirujanos y en ocasiones tres por quirófano.

3.3.4.3 EQUIPAMIENTO

Material desechable para el quirófano según la normativa de aplicación de la Comunidad Europea. Equipo de laparoscopia, grapadoras mecánicas, instrumental quirúrgico, separadores autoestáticos, material fungible (selladores vasculares, suturas, drenajes, hemostáticos, etc).

3.3.4.4 FUNCIONAMIENTO

Se establecieron las siguientes pautas básicas de funcionamiento en el bloque quirúrgico:

- Definición clara de los circuitos, tanto para la cirugía con hospitalización, la de CMA, la de cirugía menor y la de los pacientes urgentes (con hospitalización y ambulantes).
- Se propuso las 8:30 horas como la hora de comienzo de la actividad quirúrgica, con excepción del día en que se realice la Sesión General del Servicio, que debería coincidir con la de Anestesia, el resto de los Servicios quirúrgicos y el personal de enfermería.
- Utilización del pijama solo dentro del área quirúrgica, con el fin de preservar las normas estéticas.
- No existencia de un día fijo de quirófano para los cirujanos.
- Identificación de los pacientes que se van a operar con suficiente antelación, ya que no siempre son intervenidos por el cirujano que los ve en la consulta.

- Programación quirúrgica semanal, aunque en ocasiones sería quincenal con el fin de ir sustituyendo a los pacientes que no deseen operarse en la fecha prevista. La efectúa el jefe de servicio dando preferencia a la patología aguda-subaguda ingresada, la oncológica, la preferencia clínica no oncológica y luego la LEQ por orden de listado.
- Cumplimentación del parte quirúrgico incluyendo la siguiente información: identificación del paciente con su nombre y nº de HC, cirujanos, diagnóstico principal y secundario (si tiene más de uno), procedimiento principal y secundario (si precisa) indicando si el procedimiento se hará por vía endoscópica o no, equipamiento quirúrgico necesario (especificando la caja del instrumental, suturas mecánicas, instrumentos de hemostasia), tiempo previsto de cirugía según el TQE, fecha de inclusión en LEQ, necesidades de preparación, fecha de ingreso (normalmente el mismo día), si es ambulante o con ingreso, necesidades de hemoderivados, reserva de cama de UCI, profilaxis con heparina de bajo peso molecular.
- Visita del paciente antes de entrar en el quirófano, marcado de la zona a operar con rotulador, revisión de la HC si no se ha hecho previamente, e identificación del consentimiento informado (modelo AEC).
- Profilaxis antibiótica, si precisa.
- Traslado del paciente al quirófano para su preparación anestésica y la intervención quirúrgica.
- Cumplimentación del parte operatorio al finalizar la intervención por el equipo quirúrgico, incluyendo las peticiones (anatomía patológica, microbiología, etc.), el tratamiento y si precisa algún estudio analítico

postoperatorio de control. Además, se requiere la realización de una nota de evolución de resumen de la HC del paciente.

- Información en el despacho del bloque quirúrgico a los familiares del paciente.

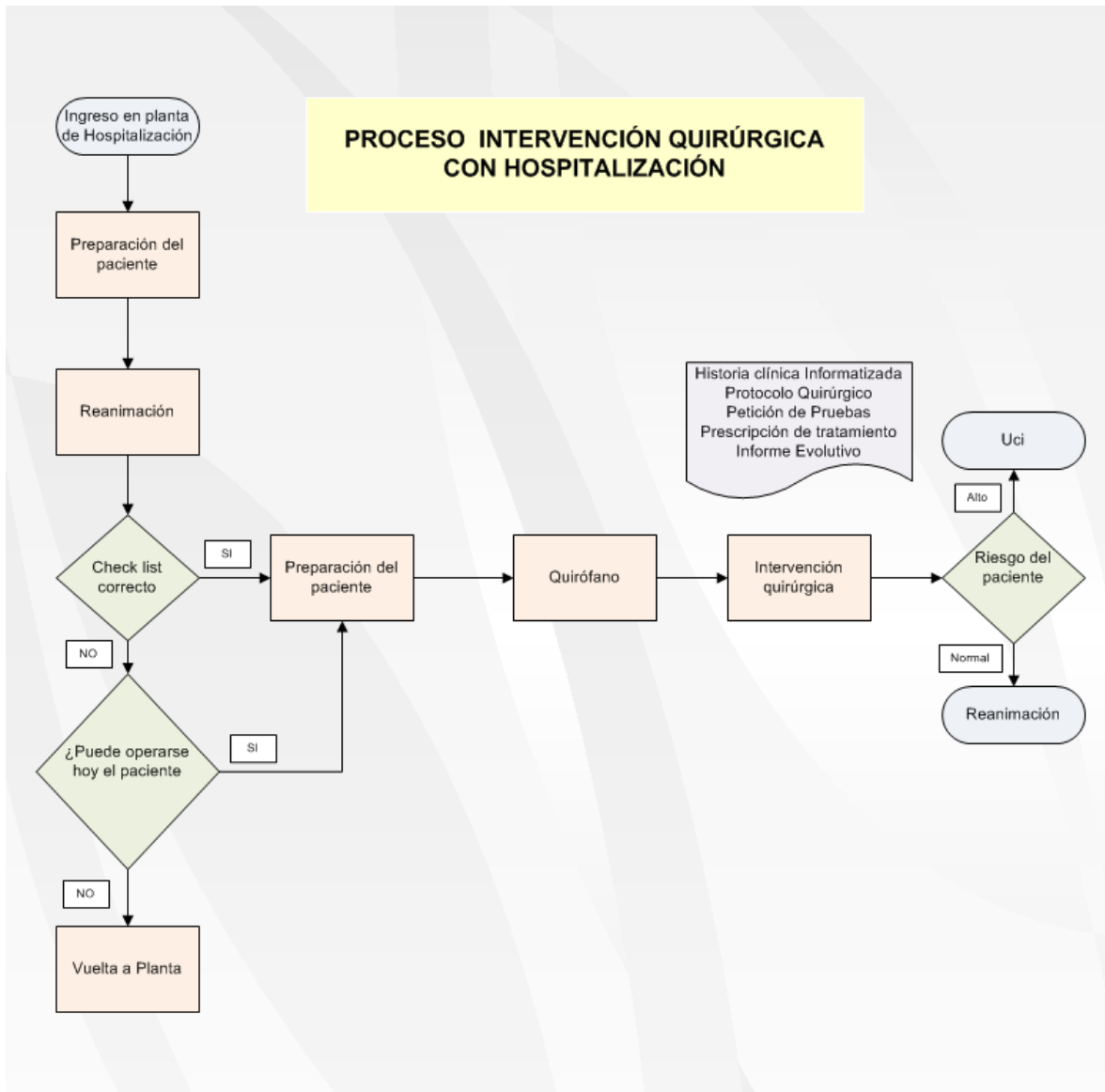


Figura 11. Proceso IQ hospitalización.

- En el caso del paciente ambulante se le entregará el informe de alta cuando se vaya a su domicilio y prescripción de las recetas.

- Evaluación del siguiente paciente por parte de los cirujanos.
- Cumplimentación al finalizar el parte quirúrgico de un formulario de la actividad que incluya cirujanos, anestesista, pacientes, tiempos de ocupación y posibles incidencias (suspensiones, prolongaciones, etc.). Dicho documento debe ser entregado al jefe de servicio. En caso de suspensión de una intervención, el documento de suspensión del parte quirúrgico, debería estar firmado por quien toma la decisión (cirujano o anestesista).
- Utilización del máximo horario posible (jornada mañana y tarde) o ampliación de jornada.
- Colaboración con otras especialidades en situaciones previstas o en casos de urgencia.
- Comité de programación quirúrgica con participación del Jefe de Servicio de Cirugía: en él se evaluará la actividad prevista, la necesidad de hemoderivados, el apoyo de la UCI, el rendimiento quirúrgico, la disponibilidad de equipos específicos (laparoscopia, cavitron, etc), problemas en el bloque quirúrgico, etc.

3.3.4.5 GESTIÓN

Para la gestión del bloque quirúrgico se tuvieron en cuenta las siguientes legislaciones:

- Documento de la Comunidad de Madrid de demora máxima de 30 días (Plan Integral de Reducción de la Espera Quirúrgica) del año 2004 en vigencia hasta el año 2016.
- Decreto 62/2004 de 15 de abril del Consejo de Gobierno de la CAM, por el que se crean la Unidad Central de Gestión, los Comités Técnicos,

la Comisión Central de Seguimiento y Evaluación y el Registro Unificado de Pacientes del Plan Integral de Reducción de la Espera Quirúrgica. En virtud de este Decreto, se puso en marcha un Comité Técnico en cada hospital.

A continuación, se llevó a cabo la estimación de los parámetros de gestión del bloque quirúrgico, considerando los siguientes *ítems*:

- **LEQ:** Se estableció como prioridad el proceso clínico, especialmente la patología oncológica. Posteriormente, ante pacientes de similares características, la preferencia era la fecha de inclusión en la LEQ. Se estableció como misión del Jefe de Servicio permanecer informado de las entradas y salidas de la LEQ.

Con el objeto de reducir al mínimo las depuraciones de la propia LEQ (entre 5-10% de los pacientes), se estableció que la indicación de la inclusión en la LEQ debía adecuarse a las guías y protocolos existentes.

- **Relación cirugía programada/cirugía urgente:** oscilaba entre 2,4 y 2,8, dependiendo de los hospitales de la CAM.
- **Rendimientos:** el objetivo era conseguir rendimientos en torno al 75-85%. Para ello, se decidió monitorizar el rendimiento y el nº de intervenciones por quirófano, así como optimizar los partes quirúrgicos, buscando un índice de suspensiones no sustituidas inferior al 5%. Se debe tener en cuenta que en el programa de apertura el rendimiento sería menor ya que sería necesario probar circuitos, equipamiento, personal, esterilización (la mayoría será externalizada), etc.

- **Tiempos quirúrgicos:** las medias aproximadas de tiempos quirúrgicos analizando varios hospitales con similar complejidad de procedimientos eran: hospitalización (140-150 minutos), CMA (40-50 minutos), cirugía menor ambulatoria (20 minutos).
- **Derivaciones:** los pacientes que se derivan a otros centros públicos y/o privados, podrían suponer unos 100 casos más, tanto en pacientes con ingreso como CMA. Se excluyeron de este análisis los pacientes derivados a los conciertos.

Teniendo en cuenta el análisis de todos estos indicadores previamente expuestos, se consideró que serían necesarios inicialmente al menos 8 turnos de quirófano semanales. En esta línea, existen diversas fórmulas que permiten calcular la actividad del bloque quirúrgico:

$$\text{Nº de quirófanos} = \frac{\text{nº IQ programadas con ingreso año} / (\text{nº IQ} / \text{quirófano día})}{240 \text{ días}}$$

$$\text{Nº de quirófanos} = \frac{\text{nº IQ programadas CMA} / (\text{nº IQ CMA} / \text{quirófano día})}{240 \text{ días}}$$

$$\text{Nº de quirófanos} = \frac{585 / 2,5}{240 \text{ días}} = 1 \text{ quirófano/día}$$

$$\text{Nº de quirófanos} = \frac{677 / 5}{240 \text{ días}} = 0,56 \text{ quirófano/día}$$

Utilizando el mismo cálculo, las necesidades de quirófano para la patología mamaria fueron:

$$\text{Nº IQ hospitalización} = 37/3 / 240 = 0,05 \text{ quirófano/día}$$

$$\text{Nº CMA} = 42/5 / 240 = 0,04 \text{ quirófano/día}$$

Otras formas de calcular el número de quirófanos son:

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ IQ/día} / \text{ tiempo quirófano disponibles (minutos)} \times \text{rendimiento}}{\text{Tiempo medio de IQ (minutos)}}$$

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes/n}^\circ \text{ intervenciones por quirófano}}{240 \text{ días}}$$

B.- CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA (CMA) O CIRUGÍA SIN INGRESO

La experiencia de la creación de la UCMA del Complejo Hospitalario de Toledo en el año 1992 del Dr. Gutiérrez Romero, referencia a nivel nacional, representó un bagaje importante a la hora de la puesta en marcha de esta actividad y se empleó como orientación.

Se ha visto que existe un mayor rendimiento en quirófanos específicos, que en aquéllos empleados para completar los huecos de los partes quirúrgicos, ya que los circuitos deben ser diferentes. Se planteó como una de las opciones a tener en cuenta la utilización de camas de Hospital de Día.

El índice de ambulatorización de la cirugía en régimen de alta precoz o sin ingreso respecto al de hospitalización debería ser superior al 50%, por lo que se consideró recomendable potenciar esta actividad ambulatoria.

Los procedimientos previstos en CMA eran: hernioplastias (inguino-crural, umbilical, epigástrica), exéresis de sinus pilonidal, hemorroidectomías, esfinterotomías, fistulotomías, tumorectomías y biopsias de mama, tumores de partes blandas grandes. En un periodo posterior se podrían incluir hemitiroidectomías y colecistectomías laparoscópicas.

C.- CIRUGÍA MENOR AMBULATORIA

Son técnicas realizadas con anestesia local, sin presencia del anestesista. Se ha indicado previamente que se podría establecer formando parte de una consulta de alta resolución, siempre que fuera posible.

3.3.5 URGENCIAS

Las estimaciones de frecuentación de urgencias son variables. Factores como la proximidad del centro hospitalario, la novedad, la fidelización al mismo, la respuesta rápida en el área de urgencias, las campañas publicitarias, etc., se presentaban como posibles factores facilitadores de una mayor asistencia a urgencias.

Considerando estas premisas, se llevó a cabo una estimación para esta área:

- Se calcularon 66.109 urgencias totales para el HUIC, lo que suponía 181 urgencias/día.
- En un análisis de las urgencias de los hospitales de Madrid, a CGD le correspondieron el 10,70% de los pacientes (19/día). Hay que considerar en este punto que no todos los hospitales tienen el mismo diseño de la urgencia.
- Las cifras de frecuentación en el año 2002 para el Área 10 eran de 549 pacientes/1.000 habitantes.
- Para el cálculo de las previsiones de intervenciones urgentes se utilizó como referencia la cifra del H. U. Getafe: 903/año, lo que correspondería a una operación/día. No estaban incluidas las reintervenciones que oscilaban entre un 3 y un 5% al año. Además, había que sopesar que se deberían operar en menos de 24 horas las colecistitis agudas con indicación quirúrgica y las obstrucciones intestinales que no evolucionaran favorablemente en 48 horas.

Ante estos resultados, se consideró que se debería contemplar la existencia de un quirófano para urgencias diferidas, que no sobrecargara la urgencia, no modificara el parte quirúrgico programado y que tuviera una alta ocupación.

Igualmente, resultaba necesario disponer de un quirófano para las urgencias no demorables durante las 24 horas.

Al existir Servicio de Urgencias, CGD quedaría como segunda llamada, sin embargo, sí sería de primera llamada para los pacientes ingresados de CGD o cuando existiera algún problema en el quirófano con los pacientes de CGD o con los de otros Servicios quirúrgicos.

En ocasiones podrían existir dudas con otras especialidades (Traumatología, Ginecología, Aparato Digestivo), sobre quién debería hacerse cargo de la atención o el ingreso de un paciente. Para solucionar estos conflictos se propuso establecer un pacto por patologías y protocolarizar las tareas.

Las otras especialidades quirúrgicas (ORL, Urología) tendrían guardias, mixtas o localizadas, cuyos pacientes podrían repercutir directamente sobre el cirujano de guardia al ser una especialidad troncal. Oftalmología no haría guardias. En estos casos se debería decidir el circuito de la llamada ante una urgencia.

Otro aspecto importante era conocer qué tipo de exploraciones complementarias se podrían solicitar fuera del horario habitual de trabajo (estudios radiológicos, endoscopias). Si no se dispusiera de alguna de ellas, se debería habilitar un circuito de derivación con el Hospital de Getafe.

Se propuso que para las especialidades no existentes en la cartera de servicios del Hospital del Sur y sí en el de Getafe (Neurocirugía, Cirugía Vascular, Cirugía Plástica), se habilitara la derivación urgente en UVI móvil.

La mayor parte de los ingresos se efectúan en el turno de tarde, aunque los pacientes hayan acudido a urgencias horas antes. Mediante un adecuado trabajo en equipo, se debería evaluar la gravedad del paciente, con el fin de llegar a un diagnóstico precoz, médico o quirúrgico, y que su estancia en Urgencias fuera la mínima estimada. La mayoría de las intervenciones se realizan durante el turno de mañana y/o tarde, por lo que se pensó que debían ser los más reforzados.

Si se decidiera un tratamiento quirúrgico el paciente debería prepararse en dicha área (vías periféricas, preoperatorio, rasurado, consentimiento informado, información a familiares). Para la mayoría de los tratamientos quirúrgicos urgentes son necesarios dos cirujanos, e incluso tres.

Los RRHH necesarios para cubrir la atención continuada serían un cirujano de presencia y otro hasta las 22 horas con guardia mixta (presencia hasta las 22 horas y luego localizado), o bien dos de presencia. En un principio, se optó por el primer sistema, esperando a analizar ulteriormente su funcionamiento.

El cirujano de guardia no tendría actividad programada y sus tareas específicas serían:

- Acudir cada vez que sea llamado desde la Urgencia General, Pediátrica u Observación.
- Pasar visita a la observación de los pacientes de CGD.
- Evaluar al paciente y solicitar las pruebas complementarias necesarias.
- Llevar a cabo curas, suturas y algún drenaje quirúrgico.
- Indicar la cirugía urgente, con firma del consentimiento informado y avisar al Servicio de Anestesia y/o UCI si fuera necesario.

- Informar a los familiares de los pacientes de la decisión adoptada.
- Ingresar a los pacientes que correspondan según protocolo.
- Hacer la HC completa al paciente que va a ingresar.
- Avisar al personal médico de urgencias y de enfermería si se va a operar un paciente y el tiempo previsto, con el fin de evitar protestas, reclamaciones y demoras largas de los pacientes en la urgencia.
- Informar de la actividad de la guardia a todo el servicio en la sesión clínica programada a las 8 horas del día siguiente.

3.4 CÁLCULO DE PLANTILLA. ORGANIGRAMA. PLANIFICACIÓN

Se estableció la necesidad de un Jefe y 9 facultativos. El cálculo se efectuó sobre 35 ó 40 horas semanales (jornada laboral), durante un periodo de 44 semanas al año (1.533 horas anuales).

El perfil requerido era de cirujanos generales. Se consideró que el equipo quirúrgico estaría formado principalmente por personas jóvenes, en ocasiones algo inexpertas, pero con mucho interés en aprender, trabajar y colaborar, lo cual se valoró como muy positivo. El análisis de los resultados se efectuaría a medio plazo.

El análisis por tiempos se realizó sobre la base de algunas premisas:

- Número de horas trabajadas por cada médico/año (1.533 horas). Incluía la proporción dedicada a actividad asistencial (80-85%), docencia e investigación (10-15%) y gestión (5%).
- Cálculo de toda la actividad programada: hospitalización, actividad quirúrgica, consultas externas, partes de interconsulta. Se especificaron el número de enfermos y los tiempos adjudicados para cada una de las actividades.
- Se añadió la actividad de atención continuada o guardia.

Cálculo del número de facultativos desglosado por puestos: 9 facultativos. Se distribuyeron de la siguiente manera:

- Dos quirófanos programados: 2-3 FEAs en cirugía con ingreso + 2 FEAs en CMA.
- Planta de hospitalización: 1 FEA.
- Consultas: 2-3 FEAs.
- Guardia: 1 FEA de presencia física (24 horas) y 1 FEA en la guardia mixta.
- Libranza de guardia: 1 FEA.

Funciones del Jefe

El Jefe es el máximo responsable de todo lo que ocurra dentro de su UR. Los pactos y los criterios de derivación con el primer hospital de referencia son considerados de gran importancia, sobre todo con relación al Servicio de Cirugía General.

El Jefe requiere disponibilidad para colaborar en cualquier otra misión con el Equipo Directivo que no tenga relación directa con el Servicio de Cirugía y para la realización de guardias de la especialidad, así como guardias de Jefe de Hospital.

Perfil de los facultativos

Perfil general: especialista en CGD por la vía MIR con formación en todos los campos de la especialidad (cirugía programada y urgente).

Formación en hospital de prestigio, formación en cirugía laparoscópica, experiencia en CMA, trabajo en equipo, motivación en el nuevo proyecto.

Perfil específico: colorrectal, laparoscopia avanzada diagnóstica y terapéutica, mama, esofagogástrica, endocrina, hepatobiliopancreática, pared abdominal.

Es función del Jefe de Servicio potenciar las habilidades y aprovechar la capacitación y la experiencia de los miembros del equipo, con el fin de conseguir los objetivos personales, del Servicio y del Hospital.

En los hospitales con plantillas de facultativos reducidas (como es el caso), lo coherente es no subdividir el Servicio y dedicarse todos a la Cirugía General.

Dado que, en general, la superespecialización o subespecialización suele ser más factible en las plantillas con un número algo mayor de facultativos, se consideró oportuno no subdividir el Servicio y que toda la plantilla del mismo se dedicase a la Cirugía General.

La **planificación** de la actividad se plasmó en un diagrama mensual que contenía todas las actividades sanitarias y no sanitarias de los miembros de la UR.

3.5 CARTERA DE SERVICIOS

Dentro de la planificación de este apartado, un aspecto inicial a destacar era el reducido número de personas mayores de 65 años presente en la población asignada (7%), que consecuentemente conllevaría una menor frecuentación para los procesos crónicos y neoplásicos.

Sin embargo, un análisis más detallado pudo mostrar que esto no siempre era real, ya que muchas personas mayores vivían con sus hijos y/o no estaban empadronados, por lo que se podía esperar un mayor número de pacientes.

El hospital estaba dotado de la mayoría de los Servicios Médico-Quirúrgicos.

Las prestaciones asistenciales diagnósticas y terapéuticas que podía realizar el Servicio de CGD venían especificadas en el Catálogo de Técnicas y Procedimientos del Sistema de Información SICAR 2002 ([Anexo 1](#)).

La cartera de servicios de CGD venía indicada por:

- Definición de la misma por la Autoridades competentes (Consejería de Sanidad).
- Contrato de gestión.
- Presupuesto e infraestructura del Hospital.
- Capacitación de los cirujanos.
- Cartera de servicios del resto de los profesionales del hospital (Anestesiología, UCI, Radiodiagnóstico, Digestivo).
- Demanda de la población.
- Plan estratégico que en su momento se elabore.

- Cartera de servicios del hospital de Getafe, perteneciente también al área 10.

Se estableció que la patología de la mama fuera llevada por CGD, en asociación con Ginecología, ya que se trata de una patología muy prevalente y de interés para la CS.

En un principio, el manejo de patologías poco prevalentes y de alto consumo de recursos (cáncer de esófago, páncreas e hígado, obesidad mórbida, etc.) no deberían realizarse en hospitales de estas características.

3.6 RELACIONES CON OTROS HOSPITALES, SERVICIOS DEL HOSPITAL Y PERSONAL NO FACULTATIVO

A nivel global, una de las líneas que se recalcó fue la importancia de una correcta concienciación ciudadana, tratando de transmitir que la mayor proximidad a un nuevo centro sanitario de alto nivel no garantiza la resolución inmediata y total de todos los eventos de salud de una población. Podría existir un riesgo de incurrir en un funcionamiento ineficiente del sistema.

Se consideró importante afianzar la relación de los equipos directivos entre los hospitales, que se comprometieron a elaborar documentos consensuados de derivaciones de pacientes (patología programada y urgente).

3.6.1 HOSPITAL DE REFERENCIA

El primero es el Hospital Universitario de Getafe. Existía conocimiento personal por parte del autor de la memoria de dicho hospital y del Servicio de Cirugía, lo

cual favoreció una buena colaboración y complementación con el objetivo del beneficio del paciente.

Los servicios del H. U. Getafe que podían ofrecer una mayor oportunidad de colaboración eran los siguientes:

Aparato digestivo: podría realizar las CPRE y si no derivar al H. Severo Ochoa o al H. de Fuenlabrada.

M. Nuclear: ofrecería apoyo para llevar a cabo la técnica del ganglio centinela en la cirugía de la mama y del melanoma. También serían necesarios para estudios tiroideos y paratiroideos, gammagrafías, etc.

Radiodiagnóstico: existían dudas sobre el apoyo logístico de radiólogos de presencia en el Hospital del Sur. De todos modos, la radiología intervencionista se podría enviar a dicho hospital.

Cirugía vascular: las conversaciones con el Jefe de Servicio facilitaron una buena colaboración en el caso de necesidad de la derivación de pacientes.

Cirugía plástica: se pensó en valorar la posibilidad de un apoyo puntual, principalmente de cara a las reconstrucciones mamarias y de pared abdominal.

Radioterapia: la cartera del H. U. Getafe no la incluía y existían ciertos problemas para derivar a los pacientes al H. U. 12 de Octubre. El Hospital de Fuenlabrada disponía de un Servicio de Radioterapia, que podía ser también referencia.

3.6.2 ATENCIÓN PRIMARIA

Un concepto destacado en este proyecto era la idea de que el paciente no pertenece al Hospital y sino a Atención Primaria, por lo que se recalcó la

intención de dar el mayor número de altas posibles, si los enfermos no necesitaran revisiones o seguimiento especial.

El médico de atención primaria representa una figura de médico consultor para aclarar dudas profesionales y administrativas. Se propuso que antes de comenzar la actividad hospitalaria se formaran unos grupos de trabajo AP-AE, con el fin de llegar a consensuar protocolos de derivación, circuitos, actividad, cartera de servicios, etc.

Se estableció que:

- El mecanismo de derivación del paciente por parte del médico de AP debería ser mediante una ITC *online* o en papel.
- Se debía facilitar la solicitud de estudios hospitalarios por parte de AP.
- Era necesario definir claramente a qué especialistas se debían enviar los pacientes (pactos por patología).
- Era posible apoyar a los médicos de AP que quisieran hacer guardias en la Urgencia Hospitalaria.
- Se podrían realizar charlas informativas e incluso técnicas de cirugía menor, para que los médicos de AP se iniciaran o continuaran con dicha actividad.

3.6.3 FUNCIONAMIENTO INTERNO

La buena relación con los facultativos del Servicio se considera de gran relevancia. Esto facilita la convivencia y la mutua colaboración en las diversas actividades de la unidad.

3.6.4 RESTO DEL HOSPITAL

Era necesario concretar el escenario en el que los diversos profesionales iban a trabajar, para que existiera colaboración, pero no intromisión. Cada Servicio y cada médico debía conocer perfectamente su función y qué patologías se le habían asignado.

El Servicio de CGD, se consideró como troncal, por lo que apoyaría al resto de los Servicios quirúrgicos dentro y fuera del área quirúrgica.

Servicios médicos. Respuesta y colaboración bilateral. El servicio de CGD operaría los pacientes de las especialidades médicas que se lo solicitaran y estas UR ayudarían en el manejo de los mismos. La relación más directa sería con Aparato Digestivo por similitud de pacientes con iguales diagnósticos y porque, además, podrían realizar pruebas diagnóstico-terapéuticas (endoscopias, CPRE).

Pediatría. En principio, al disponer del H. U. 12 de Octubre a pocos minutos, lo coherente sería derivar allí los niños.

Servicios quirúrgicos. Debían definir claramente la patología correspondiente a cada Servicio y preparar un documento para AP, a fin de que la derivación sea clara. Se requeriría una colaboración total y absoluta en las decisiones concernientes a los pacientes complejos, así como la prestación de apoyo ante las necesidades de los demás Servicios (dudas diagnósticas, ayuda en quirófano, etc.). Se podrían formar más adelante Unidades Multidisciplinarias, especialmente con Ginecología (UPM).

Parte de las estancias acumuladas a los Servicios Quirúrgicos suelen ser consecuencia del funcionamiento de los Servicios Centrales o de los encargados de realizar pruebas diagnósticas y/o terapéuticas. Cirugía General

es, por tanto, cliente y servidor de la mayoría de los Servicios Médicos y Quirúrgicos, siendo además cliente de todos los Servicios Centrales.

Farmacia. Debía definir claramente la prescripción del tratamiento médico.

Radiodiagnóstico y Análisis Clínicos. En ambos casos había que definir el triple circuito, urgente, preferente y normal, y el tiempo de respuesta para cada uno. Es importante el radiólogo en el manejo diagnóstico e incluso terapéutico de bastantes pacientes, por lo que era importante gestionar adecuadamente la comunicación y la información.

Anestesiología. Debía ser un equipo colaborador necesario e imprescindible, ya que es de gran importancia para el correcto funcionamiento del bloque quirúrgico. Para asegurar esta correcta coordinación se definieron protocolos, circuitos, horarios de funcionamiento, indicaciones de urgencias, técnicas quirúrgicas, transfusiones, programaciones del parte quirúrgico, etc.

UCI. Aportaría un apoyo inestimable en pacientes graves y cirugías complejas, pudiendo limitar la cartera de servicios de CGD.

Anatomía Patológica. Sería importante su cooperación en el diagnóstico de muchos procesos mediante la realización de punción aspiración con aguja fina (PAAF), biopsia con aguja gruesa (BAG), biopsias, piezas quirúrgicas, etc. Era necesario consensuar circuitos y tiempos de respuesta.

3.6.5 SUPERVISORAS Y DIPLOMADAS EN ENFERMERÍA Y PERSONAL ADMINISTRATIVO

Los objetivos debían ser comunes. Todas estas profesionales formarían parte importante no solo del hospital, sino también del Equipo de Cirugía, para llevar a cabo sus funciones. La relación personal debía ser exquisita con la finalidad

de disfrutar conjuntamente de la profesión y atender a los pacientes perfectamente.

En la consulta de cirugía la enfermera podría tener su propia agenda para realizar curas poco complejas. Otro aspecto de interés consistió en pactar los horarios de la visita médica en la planta de hospitalización, para que existiera colaboración y no intromisión en las funciones de cada uno. Se establecieron reuniones periódicas con la Supervisora del Área de Hospitalización y sesiones clínicas conjuntas, en las que cada profesional aportaba sus conocimientos y formas de actuación.

3.7 DOCENCIA, FORMACIÓN CONTINUADA E INVESTIGACIÓN

Se valoró esta actividad como prioritaria para mejorar el conocimiento y crecer como profesionales.

Pregrado

En el momento de la puesta en marcha no era posible.

Postgrado (MIR)

En el momento del inicio del funcionamiento no era factible, pero se acordó pensar en un momento ulterior qué posibilidades podrían existir. Podría ser un objetivo claro de mejora y de impulso para el hospital, así como de motivación para los profesionales.

Los residentes del Servicio de Cirugía de Getafe, que en ese momento disponían de un periodo de rotación de 2 meses en el Hospital Central de la Cruz Roja, lo podrían además hacer en el H. del Sur.

Miembros del Servicio

Actividades intrahospitalarias: sesiones clínicas del Servicio y de otros Servicios (Radiodiagnóstico, UCI, Digestivo, etc.) y sesión general del Hospital.

Actividades extrahospitalarias: cursos monográficos, congresos nacionales e internacionales, sesiones interhospitalarias.

Sesiones de CGD

Antes de programarlas se debía ajustar la actividad docente a la actividad asistencial y establecer los horarios. Se planificaron como obligatorias para todos los miembros del Servicio y abiertas para quien quisiera colaborar (enfermeras, facultativos de otros Servicios, etc.).

📖 Sesión general del Servicio: una semanal, con una duración de 90 minutos. Tendría varias partes: presentación de casos para operar, morbilidad de los pacientes ingresados, problemas puntuales.

📖 Sesión de la guardia: todos los días de 8 a 8:20 horas.


📖 Sesión bibliográfica o monográfica: una quincenal.

📖 Sesión de morbimortalidad: una al mes.

📖 Sesión de gestión: una al mes. Se analizarían protocolos de implantación y se evaluarían los resultados de la actividad.

📖 Cuando existan las Unidades o Comités Oncológicos habría una sesión semanal conjunta (mama, digestivo).

📖 Sesión General del hospital: a fijar por la Dirección.

 Sesión interhospitalaria con el Servicio de Cirugía de nuestro hospital de referencia y de los hospitales del Área. Una al trimestre.

Formación continuada

Se decidió:

- Elaborar un plan de formación por parte del Hospital.
- Estimular y potenciar la iniciativa en el campo de las publicaciones, comunicaciones, ponencias. La asistencia a Cursos o Congresos debía ponerse en conocimiento del Jefe de Servicio con antelación y recibir la aprobación por parte de la Dirección Médica.
- Promover las estancias en otros centros nacionales o extranjeros, con el fin de aprender una nueva técnica o completar el aprendizaje, que tuviera repercusión en la cartera de servicios propia.

Investigación

En forma de investigación clínica, epidemiológica, básica (genética molecular), cirugía experimental y gestión clínica/quirúrgica, desarrollándose mediante tesis doctorales, ensayos clínicos y proyectos de investigación.

Posibilidad de seguir colaborando en el laboratorio de experimentación animal del H. Universitario de Getafe.

3.8 PLAN DE CALIDAD

El funcionamiento del servicio debía ir encaminado a promover una cultura de calidad, excelencia y educación en todas sus actividades. Una de las herramientas disponibles en este sentido fue el empleo de los consentimientos informados de la AEC, marcado por el responsable de calidad del centro hospitalario.

Objetivos

- ✓ Implantar un Plan de información a pacientes y familiares (% Servicios con plan de información, % de pacientes que tiene el consentimiento informado debidamente firmado).
- ✓ Mejorar los sistemas de información (% de informes de alta definitivos).
- ✓ Gestionar la lista de espera (% de pacientes incluidos en la LEQ que cumplen los criterios de la guía).
- ✓ Mejorar la calidad y eficiencia de los procesos.
- ✓ Minimizar el nº de reclamaciones.
- ✓ Participar en las Comisiones clínicas.

Gestión de la calidad

Se propusieron las iniciativas siguientes:

- ✓ Cumplimentación de la Documentación Clínica en el 100% de las historias clínicas: Protocolos Quirúrgicos, Consentimiento Informado, Informes de Alta (incluidos *éxitus*), etc.

- ✓ Gestión por Procesos: términos como “protocolos, guías de práctica clínica, vías clínicas, vías críticas, cuidados estandarizados, circuitos asistenciales, diagramas matriciales o mapas de procesos” tienen cabida en lo que genéricamente se denomina gestión y mejora de procesos. Este abordaje suponía un cambio sustancial, ya que su gestión requería de un manejo multidisciplinar, evitando la variabilidad injustificada y la utilización inadecuada de recursos. En este sentido la elaboración de protocolos y el desarrollo de vías clínicas buscaban fomentar la unidad de criterios en lo esencial, permitiendo basar nuestras decisiones clínicas en la máxima evidencia disponible, minimizando las variaciones groseras en la práctica clínica, estandarizando el cuidado de los enfermos y rentabilizando los procedimientos.

Monitorización de indicadores

- Tasa de reingreso en urgencias y hospitalización.
- Tasa de prevalencia de la infección nosocomial, de la herida quirúrgica y de la infección de orina en pacientes sondados.
- Incidencia acumulada de infección de la herida quirúrgica en procedimientos quirúrgicos.
- % de estancias no adecuadas en el GRD.
- % de suspensiones quirúrgicas y de consultas externas.
- Reintervenciones.
- Mortalidad perioperatoria (menos de 30 días).
- Ingresos tras cirugía ambulatoria.

3.9 INSTRUMENTOS DE GESTIÓN

Han sido previamente especificados en el apartado de “Introducción”. Lo prioritario era el Contrato de Gestión o contrato programa. Se fijó que la estancia sería por GRDs controlando selectivamente los más habituales.

3.10 EQUIPAMIENTO. RECURSOS MATERIALES

Parte importante del Servicio y por supuesto tarea relevante del Jefe fue la definición del equipamiento quirúrgico, especialmente la relativa al bloque quirúrgico. Se adquirió el instrumental quirúrgico apropiado, separadores, equipos de laparoscopia, material fungible (suturas, drenajes), grapadoras mecánicas. Se estableció que en todas las plantas, en las consultas y en urgencias debía haber material para las curas.

3.11 FASE DE APERTURA

La puesta en marcha del hospital y de la UR se inició según las previsiones en marzo de 2008. El análisis de la apertura y **la evolución** de los planes funcionales durante los años **2008-2015**, se analizarán en los resultados.

La incorporación de algunos Jefes al trabajo hospitalario fue el 21 de noviembre de 2007, con la finalidad de preparar el plan funcional de apertura, seleccionar el personal, revisar el equipamiento que habían adquirido, diseñar

protocolos de funcionamiento y circuitos asistenciales, facilitar la incorporación del personal asignado, diseñar las agendas de CEX, preparar un manual de normas y procedimientos, y pactar las patologías según la cartera de servicios de cada UR. La incorporación del personal facultativo fue gradual a lo largo del primer trimestre del año.

3.12 TRABAJO POR OBJETIVOS

Desde la puesta en marcha del hospital el equipo directivo instituyó el trabajo por objetivos. Éstos se dividieron en institucionales, de la unidad e individuales:

- Los institucionales venían impuestos desde la Consejería de Sanidad, generalmente en relación con el contrato programa.
- Los de la Unidad se pactaron entre el Director médico y el Jefe de Unidad.
- Los individuales fueron consensuados entre el Jefe y cada uno de los médicos, y se adecuaron al interés de la unidad y de los facultativos. Cada facultativo participó en uno o dos objetivos, semestrales y/o anuales. En algunos casos el objetivo se mantuvo durante los 8 años de seguimiento del proyecto.

Se diseñaron cuatro grandes bloques de objetivos: calidad, docencia, eficiencia y actividad.

En relación a los **objetivos de la Unidad**, siempre se seleccionaban tres, que fueron variando a lo largo de los años:

- Desarrollo y protocolización de una consulta monográfica.
- Potenciación de los procesos ambulatorios.
- Visita a la planta todos los días del año.
- Control del rendimiento quirúrgico.
- Control del IEMA.
- Control de la tasa de reingresos.
- Participación en congresos con comunicaciones.
- Publicaciones anuales.
- Trazabilidad en cáncer de mama.
- Viabilidad del cumplimiento del protocolo de colecistectomía laparoscópica.

Respecto a los **objetivos individuales** se trabajaron los siguientes:

1.- Calidad:

- Circuitos rápidos en las neoplasias de mama y colon.
- Codificación de los procesos y los procedimientos quirúrgicos (listado y revisión).
- Informe sobre derivaciones de pacientes a centros de referencia.
- Revisión de los consentimientos informados de Cirugía General.
- Codificación de procesos y procedimientos.
- Normas de funcionamiento de la Unidad.
- Definición de la cartera de servicio de la Unidad.
- Informe de alta de hospitalización.
- Normas para el pase de la visita.

- Documento para la información a familiares en la planta de hospitalización.
- Protocolo de manejo de las diverticulitis agudas.
- Estudio prospectivo sobre la patología diverticular.
- Complicaciones en general o infecciosas en diversas patologías, especialmente oncológicas.
 - De la cirugía tiroidea y mamaria.
 - Infección postoperatoria en cirugía colorrectal.
- Reintervenciones y *éxitus*.
- Tasa de reingresos.
- Seguridad del paciente y lavado de manos.
- Control de los efectos adversos y errores de la medicación.
- Técnicas oncoplásticas en la cirugía conservadora de mama.
- Análisis de las indicaciones y resultados de la BSGC en mama y melanoma.
- Indicaciones de la dermolipectomía en la cirugía de la hernia ventral.
- Protocolización de la cirugía hepática. Equipamiento y reciclaje.
- Bases de datos de las neoplasias.
- Diseño de protocolos (neoplasias, circuitos y normas de funcionamiento).
 - Cáncer de mama.
 - Cáncer colorrectal.
 - Cáncer gástrico.
 - Cáncer de tiroides.
 - Melanoma.
 - Reconstrucción inmediata en cáncer de mama.
 - Manejo de las metástasis hepáticas.
 - Utilización de la laparoscopia en la hernia ventral.
 - Protocolo de actuación en CMA (proceso).
- Diseño de la vía clínica de la colecistectomía laparoscópica.
- Vía clínica de los procedimientos de CMA.

- Participación en comisiones clínicas.
- Participación en el Plan Estratégico de la Comunidad de Madrid.
- Participación en el grupo de liderazgo del EFQM.

2.- Docencia:

- Informe sobre la docencia de pregrado dirigido a la Universidad Complutense.
- Informe del tutor sobre la asignatura de Práctica clínica.
- Documentación para la solicitud de acreditación de docencia de los MIR.
- Formación continuada anual.
- Preparación de las sesiones y cursos intrahospitalarios.
- Publicaciones (gestión).
- Cursos en AP.
- Curso de suturas para el personal de la urgencia (médicos y enfermeras) y personal de AP.
- Material bibliográfico imprescindible en la unidad (biblioteca de la Unidad).

3.- Eficiencia:

- Pactos con atención primaria de la patología mamaria preferente (derivaciones).
- Control del índice de entradas y salidas de la LEQ.
- Indicaciones de uso de la fitomenadiona en cirugía.
- Plan de necesidades, equipamiento.
- Informe de alta de hospitalización antes de las 13 horas.
- Estancias por GRDs más habituales (15-30) y control de los pesos de los pacientes.

- Estudio comparativo de costes apendicectomía abierta vs laparoscópica.
- Potenciación de la CMA. Mejora de indicaciones y tasa de sustitución.
- Circuito de cirugía menor ambulatoria.
- Análisis del consumo de suturas manuales.
- Consumo de fungibles en quirófano (laparoscopia, selladores vasculares, sutura mecánica).
- Control del gasto farmacéutico.

4.- Actividad:

Al estar relacionada con la eficiencia se enfocó menos como objetivo individual y si como de Unidad.

- Demoras en consulta y/o en el tratamiento quirúrgico.
- Gestión de la consulta y definición de las agendas.
- Diseño de la consulta de patología endocrina.
- Puesta en marcha de la consulta de coloproctología.
- Control del rendimiento quirúrgico entre el 75-85%.
- Suspensiones del parte de quirófano.

3.13 GESTIÓN ORGANIZATIVA. ÁREAS DE TRABAJO

La UR de cirugía tiene divididas las diferentes áreas en las que se ejerce su actividad (CEX, hospitalización, quirófano, urgencias). Se incluyeron en esta distribución de la responsabilidad otras facetas de la actividad, tales como: docencia, relación con AP, relación con AE, calidad e inversiones.

En todas había un facultativo que lideraba la organización. De esta forma, cada facultativo podría participar en las comisiones clínicas o en otros grupos de trabajo relacionados con el área de la que era responsable, así como implicarse en los planes de inversión que le son inherentes.

Además, al no existir jefaturas de sección, con el paso del tiempo se fue potenciando la capacitación profesional, que permitió la existencia de grupos de trabajo definidos, aunque no existían responsables directos.

La estructura organizativa y funcional se incluyó en la Introducción.

3.14 MÉTODOS DE EVALUACIÓN

Los métodos utilizados fueron los siguientes:

1.- Para llevar a cabo el **análisis del proyecto para la Jefatura de Servicio** se diseñó un **estudio observacional y longitudinal**. Se analizó en primer lugar la estructura del proyecto y su concordancia con la bibliografía consultada mediante una **revisión bibliográfica** detallada.

2.- **El análisis del DAFO** como criterio diferenciador, el cual se puede utilizar como análisis *a priori* en la puesta en marcha de un hospital de nueva creación.

Mediante este sistema se comparan las previsiones con las situaciones reales.

La satisfacción de los pacientes (**índice de satisfacción global hospitalario**) se evaluó mediante las encuestas de satisfacción de los usuarios de los hospitales del SMS realizadas entre los años 2010 y 2012.

3.- Para **analizar los resultados de todos los proyectos de gestión anuales en el periodo 2008-2015** se utilizó la información disponible en los cuadros de mando de hospital (actividad asistencial), de los pactos por objetivos de la Unidad e individuales (evaluados por el Director Médico) y de los registros de la actividad docente e investigadora de la Unidad (memoria anual de la UR). Los demás parámetros que se estudiaron se obtuvieron de los planes funcionales que periódicamente son enviados a la Dirección durante el primer trimestre de cada año.

En algunos de los *items* de los resultados (actividad, calidad y eficiencia) se llevó a cabo una comparación de proporciones empleando el test de la χ^2 .

La empresa de evaluación externa **lasits**, que colaboró en auditar los resultados del hospital durante el periodo de este estudio, también sirvió para comparar ciertos indicadores de eficiencia. Iametrics aplicó una técnica de benchmarking que sirve para identificar, comparar y aprender de los mejores productos, servicios y prácticas que existan, para configurar un programa para el cambio y promover una cultura de mejora continua dentro de la organización. Además, se realizó una comparación de algunos indicadores de eficiencia con hospitales de la CAM, en diversos momentos del periodo de estudio (datos obtenidos de la Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria de la CAM).

4.- El servicio de cirugía disponía de varias áreas de trabajo con un responsable de su funcionamiento, lo cual constituía una forma interna y transversal de gestionar la UR. Esta **distribución en las áreas de responsabilidad en la gestión** podría implicar más a los facultativos.

Mediante la **entrevista personal**, realizada al menos una vez al año, se pretendió confirmar la predisposición de los facultativos a continuar en esta línea.

5.- La motivación y la satisfacción de los profesionales son criterios subjetivos. Desde la puesta en funcionamiento del hospital se realizaron cuatro encuestas a los profesionales sanitarios en los años 2010, 2012, 2014 y 2015, basadas en el cuestionario de calidad de vida profesional CVP-35. Las dos primeras fueron aconsejadas por el grupo de calidad del EFQM, y las otras dos se efectuaron por iniciativa de la comisión de satisfacción de los profesionales del hospital. Se trata de unos estudios descriptivos, transversales y anónimos que constan de 35 *items* que valoran, entre otros criterios, el apoyo directivo, las cargas de trabajo y la motivación intrínseca.

4. RESULTADOS

4.1 ANÁLISIS DEL PROYECTO - MEMORIA

En primer lugar, se analizó si el proyecto incluía todos los epígrafes de cualquier memoria para concursar a una jefatura de servicio. Se enumeran a continuación dichos apartados:

- Introducción.
- Definición de la especialidad.
- Datos sociodemográficos y área de influencia.
- Análisis DAFO, como premisa antes de la puesta en marcha del centro.
- Normativas legales sobre las que se basa el hospital y los trabajadores.
- Estructura física del hospital y áreas de trabajo.
- Perfil del jefe de servicio y de los facultativos: liderazgo, funciones del puesto.
- Función asistencial o actividad por áreas de trabajo: consulta externa, hospitalización, quirófanos, urgencias (actividad continuada).
- Planificación de la actividad, con el organigrama de las actividades mensuales.
- Cálculo de la plantilla por tiempos y puestos.
- Definición de la cartera de servicios asumida por la UR.
- Relaciones con el resto de UR del propio hospital.
- Relaciones y circuitos definidos con AP y hospitales de referencia.
- Función docente: pregraduada, postgraduada, formación continuada.

- Investigación.
- Gestión organizativa.
 - Normas de funcionamiento
 - Instrumentos de gestión
 - Economía sanitaria
 - Mapas de procesos. Organización del flujo de pacientes
 - LEQ
- Calidad asistencial.
 - Complicaciones
 - Reintervenciones
 - Exitus*
 - Protocolos, vía y guías clínicas
 - MBE, variabilidad clínica
 - Bioética
 - Epidemiología clínica
 - Participación en comisiones clínicas
- Plan de necesidades/inversiones.

4.2 PLAN DE APERTURA DEL HOSPITAL

En los plazos del plan de apertura del hospital se contempló:

Diciembre 2007:

- Plan funcional de las Unidades clínicas.
- Selección del personal.

- Revisión de equipamientos. Plan de necesidades.
- Definición de circuitos de funcionamiento.
- Definición de Comisiones.
- Pactos por patologías.

Enero 2008:

- Protocolización de patologías más prevalentes (CMA).
- Manual de normas y procedimientos.
- Plan de acogida. Incorporación del personal.
- Aprendizaje del programa informático Selene.
- Diseño de agendas de consultas.

Febrero 2008:

- Comenzó la actividad asistencial.
- 1º Consultas externas.
- 2º Cirugía ambulatoria (Oftalmología y Dermatología).
- 3º Hospitalización.
- 4º Hospital de día.
- 5º Guardias médicas.

Marzo 2008:

- 1º UCI.
- 2º CEX quirúrgicas (17 marzo), incluyendo CGD.
- 3º Urgencias (17 marzo), con cirujano de presencia.
- 4º Cirugía con hospitalización y CMA. Pacientes procedentes de las CEX o derivados del H. de Getafe (24 de marzo).

4.3 PLAN FUNCIONAL 2008

El plan funcional más ampliamente desarrollado en el presente trabajo es el correspondiente al año 2008, coincidiendo con el inicio de la actividad asistencial. Posteriormente, y en base al anterior, se indicarán las evoluciones del mismo durante el periodo 2008-2015.

En relación a la infraestructura hospitalaria y a los RRHH se detalla la siguiente información:

- Los locales de consulta del hospital eran 33, disponiendo CGD de 5 locales, 3 para la consulta médica y 2 salas de curas.
- La hospitalización se abrió con 119 camas. Las habitaciones de CGD estaban ubicadas en la planta 2C.
- Los quirófanos habilitados eran 5 para la cirugía programada y uno para las urgencias 24 horas.
- Reanimación: 4 puestos (1 cama / 2,5 quirófanos programados).
- La plantilla de Cirugía General del hospital se inició con un Jefe y 7 FEAs.
- La guardia o atención continuada estaba formada por un cirujano de presencia física 24 horas y otro de presencia hasta las 22 horas y posteriormente localizado.

4.3.1 ÁREAS DE ACTIVIDAD

4.3.1.1 CONSULTAS EXTERNAS

- ❑ En un comienzo se definieron 5 agendas para CGD y 2 para UPM semanales. Al final de año había funcionando 9 consultas semanales (6 de CGD y 3 de UPM).
- ❑ Nº total de consultas: 4.996, de las que 1.361 correspondieron a la UPM (5,3% sobre un total de 97.821 del hospital).
- ❑ Índice sucesivas/primeras: 0,69.
- ❑ Porcentaje de pacientes no presentados: 13,93%.

Agendas de consulta

El horario de funcionamiento fue el siguiente:

- Inicio: 8:30h.
- Hora de cita del último paciente: 14:30h.

Se llegó a un adecuado pacto con AP y el resto de especialidades del Hospital con respecto a qué patologías serían atendidas. Esta estrategia evitó a muchos pacientes consultas no resolutivas.

Se pactaron los tiempos de demora con los Servicios Centrales, especialmente Radiodiagnóstico y Anatomía Patológica.

El Servicio de Cirugía realizó un nº escaso de consultas de alta resolución, sin embargo, sí se consiguió establecer una consulta monográfica de mama.

En la constitución de las agendas se contemplaron las máximas especificaciones posibles. Los pacientes nuevos eran los primeros en acceder a la consulta. En un principio, hubo más pacientes de primera consulta, por lo que se pudo adaptar la agenda a esta demanda. Se consiguieron mantener los

objetivos de la Consejería de Sanidad con demora máxima de 40 días para las primeras visitas y 14 para los preferentes.

A la vista de la demanda se incrementaron las sucesivas con reducción de las primeras consultas a lo largo del año:

- Agenda CGD 1, 2 y UPM: 9 nuevas 2 (NP) x 20 minutos = 180 minutos.
- 12 sucesivas (2 SP) x 15 minutos = 180 minutos.

Se trabajó sobre la codificación de diagnósticos y procedimientos disponiendo de un listado más completo, que fue motivo de información a todos los facultativos. Esto facilitó el conocimiento de los códigos de procesos y procedimientos para incluir a los pacientes en la LEQ.

CEP Isabel II: se asumieron las CEX del ambulatorio hasta el mes de junio de dicho año. Posteriormente ya no tuvimos actividad en el CEP.

Consulta de enfermería

Estuvo compuesta por una enfermera y una auxiliar y se atendieron 1.459 pacientes. La actividad estuvo adecuadamente consensuada con la enfermera de la consulta, la Supervisora de Área y la Dirección de Cuidados de Enfermería. La consulta presentó actividad diaria, con similar duración a la del facultativo, y una frecuencia de citación de un paciente cada 15 minutos.

Funciones del personal de enfermería:

- Retirada de puntos.
- Control y retirada de drenajes.
- Punciones de seromas.

- Control de ostomías.
- Recomendaciones de actividad, ejercicios y dieta.
- Revisión de resultados de Anatomía Patológica post-alta, cultivos, etc.
Presencia e información del médico, si se precisara.
- Primera revisión después del alta hospitalaria.
- Gestión de ciertas peticiones autorizadas.

La enfermera superó favorablemente cursos de ostomías y rotó en las consultas de CGD del hospital H. Universitario de Getafe.

4.3.1.2 HOSPITALIZACIÓN

Los **resultados** en la primera fase de apertura fueron:

- Nº de camas promedio: 10-15 (planta 2C).
- Nº de pacientes hospitalizados: 476 (238 programados y 238 urgentes).
- Nº traslados: 60.
- Nº altas por traslado de Unidad: 35.
- Nº altas 497.
- EM: 4,73 días.
- Presión de urgencias: 50%.
- Índice de rotación: 1,98.

La visita fue diaria, llevada a cabo por el mismo médico con rotación semanal, y apoyado por el cirujano de la guardia si está libre en el caso de que tuviera disponibilidad. Se pasó todos los días del año contando con el acompañamiento del personal de enfermería para hacer las curas y exploraciones pertinentes. Se consiguió pactar con la Supervisora comenzar

entre las 9:30-10:00 horas. Se evidenció una relación de absoluta colaboración con el personal no facultativo.

En la idea de mejorar la gestión se planteó el control de la **estancia** de 15 **GRDs** prevalentes en la Unidad.

Tabla 1. GRDs más habituales en CGD 2009 (ordenados por frecuencia).

GRD	DESCRIPCION	PESO
162	Procedimientos sobre hernia inguinal y/o femoral edad>17 años sin cc	0,6893
160	Procedimientos sobre hernia excepto inguinal y/o femoral edad>17 años sin cc	0,9458
494	Colecistectomía laparoscópica sin exploración del conducto biliar sin cc	0,8831
290	Procedimientos sobre tiroides	0,9532
158	Procedimientos sobre ano y/o enterostomía sin cc	0,6051
148	Procedimientos mayores de intestino delgado y/o grueso con cc	3,1543
165	Apendicectomía con diagnóstico principal complicado sin cc	1,3899
262	Biopsia de mama y/o escisión local por proceso no maligno	0,8239
260	Mastectomía subtotal por neoplasia maligna sin cc	0,9668
198	Colecistectomía sin exploración vía biliar sin cc	1,3443
149	Procedimientos mayores de intestino delgado y/o grueso sin cc	1,9617
493	Colecistectomía laparoscópica sin exploración. Conducto biliar con cc	1,6933
585	Procedimiento mayor estómago, esófago, duodeno, intestino delgado y grueso con cc mayor	5,7776
154	Procedimientos sobre estómago, esófago, duodeno, edad>17 años con cc mayor	3,8015
556	Colecistectomía y otros procedimientos hepatobiliares con cc mayor	4,1956

cc: complicaciones.

El número de ingresos totales en el hospital fue de 4.885 (casi un 10% correspondieron a CGD), de los que 971 (25% CGD) fueron programados y 3.914 urgentes. CGD tuvo un elevado índice de altas en fin de semana: 14,50% en sábado y 8,62% en domingo.

La intención planteada inicialmente de tener la prescripción a las 13 horas no todos los días fue posible, dado que el cirujano de planta también apoyaba a la cirugía urgente matinal y en algunas ocasiones se intervinieron los pacientes urgentes a esas horas.

Dentro de esta actividad se añadieron las ITC, que resultaron ser 453 (1,6/día). Un facultativo diseñó un modelo de informe de alta aceptado por la Comisión de Historias Clínicas. Todos los pacientes se lo llevaron en mano, y en ocasiones se les entregó otro para su médico de AP. El número de diagnósticos medios en el informe de alta fue de 2,90 (media del hospital 3,28). Los tiempos utilizados en la actividad fueron aproximadamente de 20-30 minutos (ingreso/alta/ITC) y 15 minutos (resto de pacientes).

4.3.1.3 BLOQUE QUIRÚRGICO

La actividad quirúrgica empezó con cirugía menor ambulatoria.

El objetivo de la CAM era la demora máxima en LEQ de 30 días y en base a ese compromiso se trabajó en el hospital. Hay que tener en cuenta que en el programa de apertura el rendimiento esperado pudiera ser menor ya que era necesario probar circuitos, equipamiento, capacitación del personal, esterilización (la mayoría externalizada), etc.

Los resultados obtenidos se detallan a continuación:

- **Utilización** sobre 7 horas de actividad: 75%. Desde que el quirófano comenzó a funcionar con normalidad se realizaban 5 procedimientos de CMA por quirófano y 1,5-2,5 de hospitalización por jornada quirúrgica, dependiendo del proceso del paciente, tal y como estaba previsto en el plan funcional del 2008.

- IQ programadas con hospitalización: 266.
- IQ programadas CMA: 368.
- Nº total de intervenciones programadas: 634, de las que el 58% fueron en régimen ambulatorio.
- Nº total de intervenciones urgentes: 218, de las que el 95,8% fueron pacientes que precisaron hospitalización.
- Nº total de intervenciones quirúrgicas de la Unidad: 852.
- A nivel hospitalario se operaron 2.699 pacientes programados y 748 urgentes. Precisaron ingreso hospitalario 1.278 y se trataron de forma ambulatoria 1.980.

Se analizaron los circuitos, los cuellos de botella y los tiempos quirúrgicos. Habitualmente el paciente estaba en el quirófano a las 8:30, pero los tiempos muertos fueron elevados. El número de suspensiones del año 2008 fue de 21, con una tasa del 3,3%.

Posteriormente, se dispuso de unos tiempos quirúrgicos (**TQEs**) enviados por la Consejería de Sanidad y que se recogen en el [Anexo 2](#).

Se analizaron cuántos pacientes de CMA precisaron ingreso y por qué causas. Fueron el 1%, especialmente por problemas derivados de la técnica anestésica.

Se utilizaron cinco quirófanos semanales y alguna semana 6. La demanda indicó que se necesitarían al menos 7 quirófanos a la semana para el 2009.

Se diferenciaron las pacientes operadas de **Patología mamaria**, actividad que se compartía con la Unidad de Ginecología. Se evidenció que podría ser importante definir un quirófano cada 10-15 días denominado “Mama”, para

operar dicha patología, si bien es cierto que existía dependencia del hospital de Getafe especialmente por la técnica del ganglio centinela.

Con el fin de mantener la equidad en el Servicio de Cirugía desde que se inició la actividad quirúrgica se decidió hacer una **ficha con los procedimientos**, para distribuir con más criterio la programación quirúrgica ([Anexo 3](#)).

4.3.1.4 URGENCIAS

La guardia de Cirugía General comenzó a la vez que la cirugía programada el 24 de marzo, con la existencia de un cirujano de presencia física 24 horas (busca), que descansaba a la salida de la guardia. Adicionalmente un facultativo de apoyo por la mañana que estaba de presencia hasta las 22 horas y posteriormente localizado hasta las 8 horas del día siguiente (mediante teléfono móvil sin libranza de guardia). Se contrató a dos facultativos para esta actividad y el resultado fue satisfactorio puesto que permitía reducir las ausencias del personal de plantilla. Fueron necesarias dos habitaciones para los médicos de guardia.

Con la finalidad de conseguir un funcionamiento adecuado se pactó un documento con el Jefe de Servicio de Medicina Interna y con el Coordinador de Urgencias en el que se definían los criterios de llamada, el tipo de pacientes y las patologías susceptibles de ingresar en CGD ([Anexo 4](#)).

Respecto a la **patología torácica** se realizó un pacto entre el Jefe de Servicio de Cirugía Torácica del Hospital de Getafe y el Jefe de CGD del HUIC. En el H. del Sur se ingresaban las fracturas costales no complicadas y el resto de los pacientes eran derivados a la Urgencia de Getafe para ingresar en su Servicio.

Si precisaban drenaje torácico, se le colocaba en el hospital y se trasladaban en una ambulancia medicalizada.

Actividad

Se desarrolló la indicada en la memoria de la Unidad, incluyendo la visita a los pacientes ingresados en la planta de cirugía con posibilidades de tratamiento quirúrgico urgente. Cuando el cirujano de urgencias no tenía actividad quirúrgica, pasaba a apoyar al pase de la visita en el área de hospitalización.

Por las mañanas la respuesta ante el requerimiento de la Urgencia fue más limitada, sin embargo por la tarde al disponer de dos facultativos resultó más rápida, excepto cuando se hallaban operando.

El servicio de CGD no dispuso de información respecto al número de pacientes que veían los facultativos en el Área de Urgencias, puesto que los pacientes siempre eran incluidos en Urgencias de Medicina Interna.

Igualmente, muchas pequeñas cirugías, como suturas y drenajes se realizaron en la sala de curas y no se reflejaba dicha actividad en ningún registro.

Se realizaron **218 intervenciones quirúrgicas** en los 9 meses de actividad del hospital, lo cual se aproximaba a un paciente al día que correspondía a las previsiones.

4.3.2 PLANIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD SEMANAL. DISTRIBUCIÓN DE LAS TAREAS

Tabla 2. Planificación de la actividad semanal (entre paréntesis se especifica el número de cirujanos).

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
8:00 - 8:30	Sesión guardia	Sesión guardia	Sesión guardia	Sesión de la UR	Sesión guardia
8:30 - 9:30	Quirófano 1 (2)	Quirófano 2 (4)	Quirófano 2 (4)	Sesión general Quirófano 1 (2-3)	Quirófano 1 + 1 CMA (3)
8:30 -14:45	Consulta 2 (2)	Consulta 1 (1)	Consulta 1 (1)	Consulta 2 (2)	Consulta 1 (1)
8:30 -15:00	Planta 1	Planta 1	Planta 1	Planta 1	Planta 1
8:00 - 8:00 día siguiente	Guardia 1	Guardia 1	Guardia 1	Guardia 1	Guardia 1
8,30 día siguiente	Saliente guardia 2	Saliente guardia 1	Saliente Guardia 1	Saliente Guardia 1	Saliente Guardia 1
14,15 -15:00		Sesión Comités (mama, oncología)	Sesión morbilidad /mortalidad 2ª Bibliográfica Gestión 4ª	Comité quirófano	

En esta actividad se incluyeron **8 médicos** (1 Jefe y 7 Facultativos).

Se diseñó un esquema en el que se especificaba cada facultativo con un número, adjudicándoseles turnos rotatorios para las guardias (presencia y mixta), actividad semanal en planta de hospitalización y día fijo a la semana de consulta que se rotaba cada mes ([Anexo 5](#)).

4.3.3 GESTIÓN ORGANIZATIVA

La Unidad de CGD quedó distribuida en su funcionamiento y en su gestión, con la finalidad de hacer participativa la organización de la misma. Se nombró un responsable en cada bloque de la Unidad:

- Quirófano hospitalización.
- Quirófano CMA.
- Atención Primaria.
- Consultas externas.
- Hospitalización.
- Urgencias.

Quedó pendiente en este Plan Inicial de apertura la definición de los responsables de otras funciones, tales como la relación con otras Unidades, hospitales, docencia, calidad, etc.

La entrevista personal con todos los miembros del Servicio, con el fin de indagar aptitudes, actitudes, conocimientos, gustos personales y profesionales, etc., sirvió también para dar doctrina respecto al hospital y la unidad.

4.3.4 CARTERA DE SERVICIOS

Se estableció finalmente siguiendo el orden previsto en el SICAR ([Anexo 1](#)):

- Cirugía del esófago (excepto cáncer).
- Cirugía del estómago.
- Cirugía bariátrica (no disponible).
- Cirugía del duodeno.
- Cirugía del intestino delgado.
- Cirugía del intestino grueso (excepto incontinencia).
- Cirugía hepato-biliar (excepto neoplasias).
- Cirugía pancreática (excepto carcinomas).
- Cirugía del bazo.
- Cirugía de cabeza y cuello (excepto tumores de glándulas salivares).
- Cirugía de la pared abdominal.
- Cirugía ambulatoria mayor y menor.
- Cirugía del tiroides y paratiroides.
- Cirugía endocrinológica.
- Cirugía de la mama.
- Cirugía torácica (procedimientos menores y/o urgentes).
- Cirugía vascular (urgencia).

- Cirugía pediátrica (en principio derivar).

Como objetivos para el año 2009 se podría ampliar en algunos procedimientos.

- Colocación de bandas para hemorroides.
- Tratamiento laparoscópico de la hernia de pared abdominal.
- Reconstrucción mamaria y técnicas oncoplásticas.
- Cirugía del cuerpo y cola pancreática.
- Cirugía endocrinológica (suprarrenales).

Respecto a la CMA se podría incluir la hemorroidectomía.

4.3.5 RELACIONES INTRA Y EXTRAHOSPITALARIAS

Como estaba previsto en la memoria se realizaron pactos documentados con las unidades del hospital, con AP y con el hospital Universitario de Getafe.

4.3.6 DOCENCIA, FORMACIÓN CONTINUADA E INVESTIGACIÓN

La prioridad más inminente fue el **conocimiento de la Historia clínica informatizada** y todo el contenido de Selene. La mayoría del equipo de CGD logró manejarse perfectamente y refirió una gran satisfacción con el funcionamiento de la historia informatizada.

Pregrado

Se valoró la posibilidad de organizar estancias para alumnos de las Facultades de Medicina de la CAM durante el periodo vacacional.

Postgrado (MIR)

Se informó al Jefe de Servicio del hospital Universitario de Getafe del interés para que los residentes vinieran a rotar a nuestro hospital, aunque no se concluyó nada. El equipo directivo y la Comisión de Docencia adquirieron el compromiso de seguir liderando esta propuesta.

Rotación de residentes de Medicina de familia en el servicio de cirugía: dos residentes podrían rotar simultáneamente por periodos de un mes, pero tampoco se consiguió ningún resultado.

Sesiones de CGD

Sesión general del Servicio: una semanal los jueves, con una duración de 90 minutos. Ha tenido una gran aceptación dentro y fuera de la Unidad con la participación de otras Unidades (Radiodiagnóstico, Digestivo, Oncología), y en ocasiones Endocrinología, Medicina Interna, Ginecología, Hematología, etc.

Resto de las sesiones según lo previsto. Bibliográfica ([Anexo 6](#)).

Sesión de las Unidades o Comités Oncológicos hay una sesión semanal conjunta (mama), en digestivo está dando sus primeros pasos.

Sesión General del hospital. A fijar por la Dirección la Unidad responsable.

“Manejo del paciente politraumatizado”, 2 de diciembre de 2008.

Sesión interhospitalaria con el Servicio de Cirugía de nuestro hospital de referencia y de los hospitales del Área. No se han realizado.

Formación continuada

Uno de los facultativos fue a la CMA de Toledo para aprender la técnica de la laparoscopia para las hernias ventrales.

Actividad científica

📖 Publicaciones: 0.

📖 Moderador mesa: 1.

📖 Ponencias nacionales: 5.

📖 Comunicaciones/Póster nacionales: 1.

📖 Estancias: 1.

📖 Asistencias a Cursos: 5 personas/9 cursos.

📖 Asistencia a Congresos nacionales: 3 personas/2 congresos.

Investigación

No se registró participación en ningún proyecto de investigación ni ensayo clínico.

4.3.7 CALIDAD

Reclamaciones

Se registraron un total de 15 entre escritas y verbales, la mayoría en relación al funcionamiento del bloque quirúrgico (suspensiones del parte quirúrgico y tiempo largo de espera para la intervención), y algunas por la demora en la atención a urgencias.

Complicaciones postoperatorias

La información al respecto fue escasa, por lo que se puso como objetivo para los siguientes años el control de las complicaciones.

Reintervenciones

Se realizaron un total de **14** (1,6% de las intervenciones del Servicio).

Mortalidad

Tres pacientes (0,6% de los ingresos). En el hospital fallecieron 117 pacientes durante el año 2008, el 2,5% del total correspondieron a CGD.

Comisiones clínicas

Todos los miembros de la Unidad estuvieron incluidos en alguna de las Comisiones hospitalarias y su participación fue positiva. A continuación, se incluye la lista de las Comisiones hospitalarias ordenadas según la importancia:

- Asesora a la Gerencia (presidencia).
- Tumores (presidencia).
- Farmacia.
- Docencia.
- Investigación.
- Profilaxis antibiótica.
- Mortalidad.
- Historias clínicas.
- Quirófano.
- Urgencias.
- Compras.
- Maltrato.
- Subcomisión de tumores digestivos.
- Subcomisión de mama y ginecología.
- Subcomisión de cabeza y cuello.

4.3.8 OBJETIVOS DE FARMACIA

La Unidad de CGD colaboró positivamente para que el hospital se aproximara a los objetivos de la Comunidad de Madrid en relación al gasto farmacéutico.

4.3.9 TRABAJO POR OBJETIVOS

Se inició el trabajo por objetivos en todo el hospital. Esta nueva metodología fue acogida con ilusión por los facultativos que se implicaron activamente. Su cumplimiento fue del 100%.

4.3.10 PLAN DE NECESIDADES

El equipamiento quirúrgico era suficiente para iniciar la labor asistencial y se organizó el instrumental en cajas con la nominación habitual.

Se solicitaron: accesorios para la mesa de quirófano, una torre de laparoscopia para la urgencia quirúrgica, medias o vendas neumáticas, caja de material inventariable para laparoscopia, sonda para realizar el ganglio centinela, camilla articulada para exploración proctológica en consulta.

4.4 ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE LAS PREVISIONES Y LOS RESULTADOS

Tabla 3. Previsiones de actividad.

PREVISIONES	MEMORIA	2008	2009	2010
Nº CONSULTAS/SEMANA	9-10	7-9	11	11
Nº PACIENTES/AÑO	8.905	4.996	8.295	9.440
Nº MAMA/AÑO	1.980	1.448	2.668	3.287
Nº ALTAS/AÑO	1.060	497	944	983
EM (días)	4,75	4,73	5,10	5,29
Nº TOTAL IQ/AÑO	1.451	852	1.506	1.646
Nº HOSPITALIZADOS/AÑO	632	475	894	921
Nº CMA/AÑO	719	377	612	725
Nº URGENTES/AÑO	316	218	374	399
Nº QUIRÓFANOS/ SEMANA	7-8	7-8	8-9	8-9

En negrita se han puesto las cifras más semejantes a las previsiones de la memoria.

4.5 DAFO

Consiste en una reflexión *a priori* sobre lo que se cree que va a ocurrir a corto y medio plazo. Es difícil acertar en todas las previsiones, especialmente las que no dependen del sujeto que lo lleva a cabo. El análisis externo estudia oportunidades y amenazas y el interno fortalezas y debilidades.

4.5.1 ANÁLISIS EXTERNO

Oportunidades

La población resultó estar orgullosa de su hospital y lo valoraba. Los resultados extraídos de la encuesta realizada por el SMS mostraron que el índice de satisfacción global hospitalaria fue de: 86,78% (2010), 91,85% (2011) y 89,09 (2012).

Ser catalogado como hospital Universitario constituyó un éxito rotundo para todos, pero sobre todo para los alumnos, lo cual se reflejó en las valoraciones positivas hacia el hospital en general y la unidad de cirugía en particular.

El hospital dispone de MIR desde el año 2013, pero el Servicio de CGD no obtuvo la acreditación para la formación de residentes durante el periodo de seguimiento evaluado en este estudio.

La relación con AP fue satisfactoria pero no se consiguieron plasmar todos los objetivos propuestos, por ejemplo las indicaciones en los pacientes preferentes.

La colaboración fue muy importante, a pesar de las dificultades. Entre los logros obtenidos destacaron: la realización de reuniones, la disponibilidad de médico consultor, la existencia de protocolos de indicaciones de derivación, etc.

Amenazas

Lo más destacable fue la cantidad de pacientes que, como estaba previsto, resultaron ser bastante demandantes.

La urgencia desde los primeros días incrementó la frecuentación en relación a las previsiones de la institución, pero no en las que se indicaron en la memoria. Solo surgió algún problema en las CEX sucesivas de mama, puesto que Atención Primaria en este asunto colaboraba de forma parcial.

4.5.2 ANÁLISIS INTERNO

Debilidades

EL Reducido número de reclamaciones escritas se convirtió en una oportunidad y quizás en una fortaleza.

La información que se transmitía no se adecuó a lo previsto, ya que se decidió que hubiera servicios de radiodiagnóstico en cada hospital, incluyendo la urgencia y, al menos, un facultativo en análisis clínicos. Esto mejoró sustancialmente la calidad de la asistencia a nuestros pacientes.

Los sistemas informáticos funcionaron adecuadamente. Fue un avance cualitativo muy importante la historia clínica informatizada (Selene). Aunque resultó más lenta a la hora de introducir los datos de los pacientes, aseguró que no se perdiera la información. Algunas desventajas fueron que enlentecía la consulta, demasiado tiempo dedicado a labores administrativas y menor contacto visual y físico con el enfermo.

No se desarrolló actividad programada de tarde.

Fortalezas

De acuerdo con todo lo previsto en el análisis interno.

Sin embargo, los agentes externos fueron una continua inquietud para los profesionales y la institución: temas como la laboralización en los años 2008-2009, la Oferta Pública de Empleo del año 2012, el intento de externalización de los seis hospitales en el año 2012-2013, la posible derivación de pacientes de Castilla La Mancha y al final del seguimiento el cambio de sistema de financiación.

4.6 RESULTADOS DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL 2008-2015

4.6.1 INTRODUCCIÓN

En el año 2008 se inició la actividad y en el 2009 el funcionamiento era total. Cada año se fijaron objetivos institucionales, de la unidad e individuales. La Unidad de CGD tenía funcionalidades generales como cualquier unidad y específicas dentro de su ámbito profesional, definidas por su cartera de servicios. El objetivo prioritario fue mantener y potenciar un verdadero equipo de trabajo, en el que toda la actividad se encaminó hacia la eficiencia y la calidad. Para ello se protocolizó la actividad diaria como mecanismo para minimizar la variabilidad en la práctica clínica y se pusieron en marcha procesos asistenciales.

Igualmente, la creación de una Unidad de mama constituyó una prioridad para esta fase, con actividad registrada al 50% entre las Unidades participantes (Ginecología y CGD).

En el año 2012 se inició el proceso de la externalización, que finalizó en el 2013 sin llevar a cabo dicha propuesta.

En el año 2014 se planteó la derivación de pacientes de Casilla La Mancha, concretamente de Toledo, sin concluir en nada definitivo. Ese mismo año, el presente servicio fue considerado como el 6º mejor servicio de CGD de su categoría a nivel nacional, entre más de 80 centros, según la evaluación “Top Ten” que lleva a cabo anualmente la empresa IASIST.

A mediados del año 2015, la Consejería de Sanidad de la CAM propuso que todos los hospitales de nueva creación de la Comunidad pasaran al mismo régimen financiero que el resto.

4.6.2 ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS COMPLEMENTARIOS

Con respecto a la **solicitud de pruebas diagnósticas** (Tabla 4) destacaron las **ecografías** con una media anual de **1.798** (1.517-1.973).

Las **mamografías** también fueron estudios bastante solicitados: entre 735 y 1.304. En los últimos años estudiados la tendencia fluctuó entre 1.260 -1.300 anuales.

La **TAC** registró una media anual de **374** solicitudes (331-405), lo que significa una diaria, que para un servicio de cirugía parece muy razonable desde el punto de vista de las radiaciones a los pacientes y el coste de la prueba.

La petición de **RMN** fue en aumento (122-261), solicitándose especialmente en el diagnóstico del cáncer de mama y para la sospecha de metástasis hepáticas.

La radiología simple estuvo en el entorno de 1.000/año.

Las **biopsias** en una unidad de cirugía son un estudio muy demandado. En el presente caso variaron desde 563 el primer año a 1.565 en el año 2014, relacionadas con el nº y tipo de patología intervenida. Las **PAAF** en Anatomía Patológica fueron escasas.

Las **ITC** anuales (Tabla 5) a la CEX de la Unidad oscilaron entre 1.000 y 1.656 con una media de 1.371/año. En la hospitalización la media fue 149, lo que correspondía a una ITC cada 2,5 días.

Tabla 4. ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS COMPLEMENTARIOS.

Año	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	MEDIA
Mamografías	0	735	1.076	1.214	1.097	1.267	1.248	1.304	1.134
Citologías	67	138	201	192	101	121	95	87	125
Total Ecografías	0	1.517	1.727	1.887	1.783	1.850	1.973	1.848	1.798
Ecografías doppler	0	1	9	4	3	3	8	5	5
Ecografías generales	0	1.516	1.718	1.883	1.780	1.847	1.965	1.843	1.793
Autopsias	0	0	0	2	1	0	0	0	1
Punciones	23	25	40	34	22	25	14	16	25
Biopsias	563	1.201	1.517	1.422	1.407	1.429	1.565	1.437	1.318
TAC	0	404	336	367	331	405	388	385	374
Resonancias Magnéticas	0	122	159	126	135	170	240	261	173
Estudios radiológicos simples	0	1.063	1.042	962	1.062	1.021	1.019	1.027	1.028

Tabla 5. INTERCONSULTAS.

Año	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Interconsultas Urgencias	0	0	0	0	8	47	55	78
Interconsultas Consulta	0	1.000	1.307	1.286	1.461	1.566	1.656	1.571
Interconsultas Hospitalización	0	0	0	171	125	149	169	154

4.6.3 CONSULTA EXTERNA

Respecto a las **CEX** (Tabla 6), no hubo consultas en el CEP. El crecimiento fue moderado pero progresivo, tanto en primeras consultas como en sucesivas. La media de consultas por año se estabilizó en torno a los 11.000 pacientes, resultando un total de consultas durante todo el periodo de estudio de 76.380. El índice sucesivas/nuevas se fue incrementando (0,68-1,56) llegando en el último registro del año 2015 al 1,56, con una media estimada de 1,25.

Al inicio de la actividad en el año 2008 funcionaban 5 y 2 consultas, y al finalizar el mismo 6 y 3. Se produjo una adaptación a la demanda, al tener bien controladas las primeras consultas, aumentando discretamente las sucesivas. Los mínimos cambios durante este periodo fueron en el incremento del número de consultas, que en el registro más reciente fue de 8 consultas de CGD y 4 de mama, más una cada 15 días de “Mama sin”.

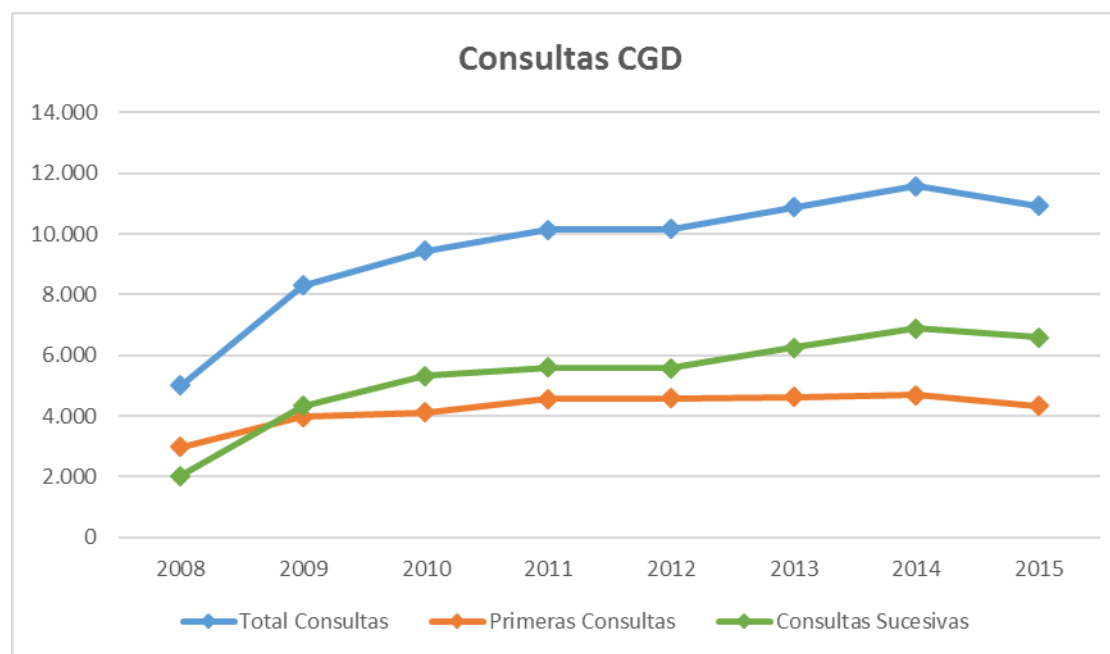
Se redujo el nº de pacientes que no acudían a las CEX pasando del 14,86% al 8,64%, a pesar de que se les recordaba mediante un mensaje de texto en sus teléfonos móviles.

La **CEX de mama** (Tabla 7) casi se duplicó desde el año 2009 hasta el último año del registro. Esta consulta monográfica afectaba directamente al índice S/N del total de las consultas de CGD, incrementándolo ligeramente.

En el año 2009 se creó la CEX denominada “**Mama sin**” que es una consulta de resultados sin pacientes, la cual se programó los jueves 1º y 3º de cada mes. El objetivo de la misma era facilitar el alta o las peticiones a largo plazo de pacientes con patología de bajo riesgo.

Tabla 6. CEX CGD

Año	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL
Total Consultas	4.996	8.295	9.440	10.143	10.149	10.866	11.573	10.918	76.380
Primeras Consultas	2.969	3.971	4.116	4.552	4.578	4.616	4.688	4.320	33.810
Consultas Sucesivas	2.027	4.324	5.324	5.591	5.571	6.250	6.885	6.598	42.570
Índice sucesivas/nuevas	0,68	1,08	1,29	1,22	1,21	1,35	1,46	1,56	1,25
Porcentaje de pacientes no presentados	13,93	14,86	10,64	9,44	8,82	8,83	7,66	8,64	10,35



**Figura 12. Consultas CGD.
Evolución consultas sucesivas/primeras**

Tabla 7. CEX CGD MAMA.

Año	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL
Nueva	788	1534	994	1271	1526	1611	1458	1499	10.681
Sucesiva	573	1134	2293	2536	2722	2936	3421	3079	18.694
Mamasin	0	118	55	73	185	248	250	265	1.194

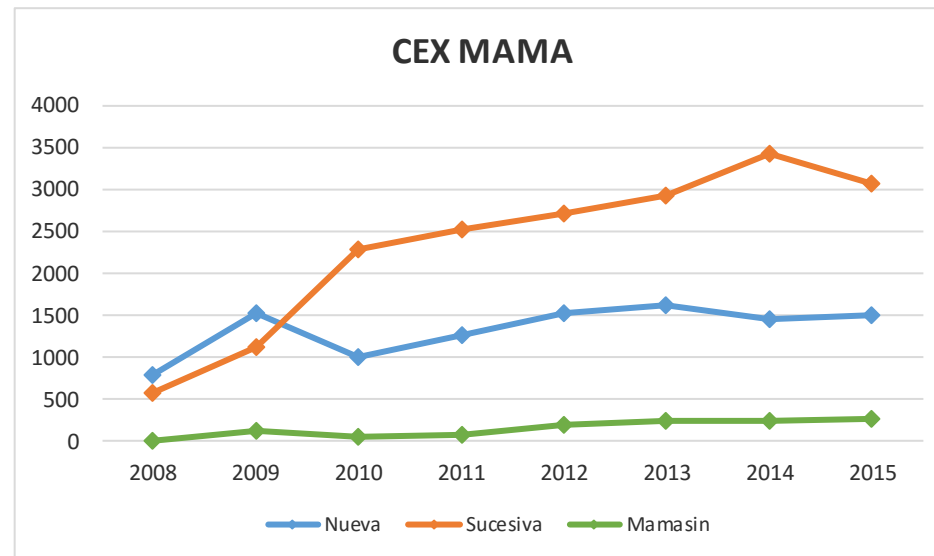


Figura 13. CEX mama.
Evolución consultas externas de mama a lo largo del periodo de estudio.

Posteriormente, se pusieron en marcha **consultas monográficas** de patología colorrectal y endocrino (una/semana).

Como se puede observar en la tabla 8, la actividad de la **consulta de enfermería** aumentó de forma progresiva, constituyendo un gran apoyo para la UR

Tabla 8. CONSULTAS DE ENFERMERÍA.								
Año	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Curas	1.459	3.619	4.276	4.431	4.302	4.876	5.619	5.496
Primera	–	–	–	19	10	4	3	18
Sucesiva	–	–	–	85	85	161	5	14
Total	1.459	3.619	4.276	4.535	4.397	5.041	5.627	5.528

En los últimos años se están realizando **procedimientos** en la CEX, que antes se hacían en el quirófano; predominantemente en las consultas monográficas de colon (ligaduras de hemorroides, polipectomías, biopsias) y mama (punciones, biopsias).

4.6.4 HOSPITALIZACIÓN

En la tabla 9 se pueden observar los GRDs más habituales de la UR (en un momento del análisis) y la comparación de la EM del hospital del Sur con la EM estándar de los hospitales del grupo 2, destacando un importante ahorro de estancias.

Tabla 9. Tabla resumen sobre los 16 GRDs más habituales.

Código	Descripción	Frecuencia	Porcentaje	EM	EM
				Parla	grupo 2
167	Apendicectomía sin diagnostico principal complicado sin cc	51	10,26	2,24	3,09
494	Colecistectomía laparoscópica sin exploración conducto biliar	45	9,05	2,49	2,94
162	Procedimientos sobre hernia inguinal y/o femoral edad>17 sin cc	37	7,44	1,38	1,72
158	Procedimientos sobre ano y/o enterostomía sin cc	34	6,84	1,94	1,98
160	Procedimientos sobre hernia excepto inguinal y/o femoral edad	22	4,43	1,91	2,91
161	Procedimientos sobre hernia inguinal y/o femoral edad>17 con	22	4,43	2,64	3,15
208	Trastornos del tracto biliar sin cc	19	3,82	5,74	6,45
585	Procedimiento mayor estómago, esófago, duodeno ,intestino delgado y/o grueso	17	3,42	13,94	22,23
493	Colecistectomía laparoscópica sin	16	3,22	3,81	6,19

	exploración conducto biliar				
290	Procedimientos sobre tiroides	15	3,02	4,00	3,46
883	Apendicectomía laparoscópica	14	2,82	3,43	Sin Ref
166	Apendicectomía sin diagnóstico principal complicado con cc	13	2,62	4,92	7,15
148	Procedimientos mayores de intestino delgado y/o grueso con cc	11	2,21	11,27	15,92
183	Esofagitis, gastroenteritis y/o trastornos digestivos misceláneas	10	2,01	4,80	6,03
189	Otros diagnósticos de aparato digestivo edad>17 sin cc	10	2,01	1,90	4,92
207	Trastornos del tracto biliar con cc	10	2,01	10,90	8,76

cc: complicaciones Ref: referencia

En relación con la **hospitalización** (Tabla 10), el **nº de altas por año** estaba en el entorno a los **1.000 pacientes (si excluimos el año 2008)**. Se utilizaron entre **10 y 15 camas** para satisfacer las necesidades de hospitalización.

El **nº total de ingresos** por año osciló entre 908 y 981, con una resultante total de 7.025 ingresos en los 8 años y 7.263 altas hospitalarias.

La **estancia media** de todo el periodo fue de **4,73 días (4-5,29)** con una tendencia decreciente desde el año 2010. La EM disminuyó a pesar de la importante actividad en CMA. La estancia **preoperatoria descendió desde el 0,53** del año 2011 **al 0,26** en 2015, según el cuadro de mandos.

En la misma tabla se puede comprobar cómo los **ingresos por la urgencia** oscilaron entre el 32% (2014) y el 45% (2010), con una media en torno al 37%. Se omitió del análisis el año 2.008, en el que todos los pacientes accedían al hospital por urgencias.

Tabla 10. HOSPITALIZACIÓN.

Año	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL
Ingresos Programados	238	544	533	552	591	617	665	616	4.356
Ingresos Urgentes	238	366	437	356	353	302	316	301	2.669
Total Ingresos	476	910	970	908	944	919	981	917	7.025
Altas	497	944	983	941	985	958	1.006	949	7.263
Estancia Media al alta	4,73	5,10	5,29	4,94	4,92	4,69	4	4,18	4,73
Ingresos por traslado de servicio	60	118	141	132	168	146	146	118	883

Tabla 11. INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS.

Año	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL
Total Intervenciones	852	1.506	1.646	1.750	1.655	1.702	1.797	1.651	12.559
Programadas	634	1.132	1.247	1.367	1.296	1.350	1.407	1.289	9.722
Hospitalización	266	533	544	567	628	635	684	626	4.483
Ambulantes	368	599	703	800	668	715	723	663	5.239
Urgentes	218	374	399	383	359	352	390	362	2.837
Hospitalización	209	361	377	358	334	309	357	317	2.622
Ambulantes	9	13	22	25	25	43	33	45	215

4.6.5 QUIRÓFANO

El crecimiento en el número de quirófanos semanales fue progresivo. Se inició con 5 sesiones quirúrgicas semanales en el 2008 (con alguno más de forma esporádica), pero cada año se fue aumentando uno a la semana, hasta los 10 a partir de los años 2013-14.

En el análisis de la tabla 11, en relación a las **intervenciones quirúrgicas**, se puede observar un discreto crecimiento, excepto en el año 2012. El nº de IQ totales a lo largo de este periodo fue de 12.559, destacando la cirugía electiva (9.722) sobre la urgente (2.837). En los últimos años del análisis la actividad quirúrgica se situó en torno a **1.700 intervenciones/año**, de las que unas **1280-1.300** fueron **programadas**. El máximo se obtuvo en el año 2014 con 1.797 IQ (1.407 IQ programadas), sin realizar actividad vespertina.

Algunos años se derivaron pacientes (normalmente procedimientos de CMA), a otros centros de la Comunidad porque la capacidad del quirófano no era la adecuada para satisfacer las necesidades de la población en cuanto a los servicios quirúrgicos.

Se elaboró un documento, que cumplimentan los facultativos, para controlar paralelamente a la información del hospital los tiempos quirúrgicos, así como las prolongaciones, suspensiones, tiempos muertos ([Anexo 7](#)).

En el Plan Estratégico de la Comunidad de Madrid se diseñaron unos nuevos **TQEs** en los que colaboraron varios cirujanos pero que nunca se llegaron a poner en marcha.

Tabla 12. Intervenciones quirúrgicas programadas.

Año	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
IQs Hospitalización	266	533	544	567	628	635	684	626
IQs Ambulantes	368	599	703	800	668	715	723	663

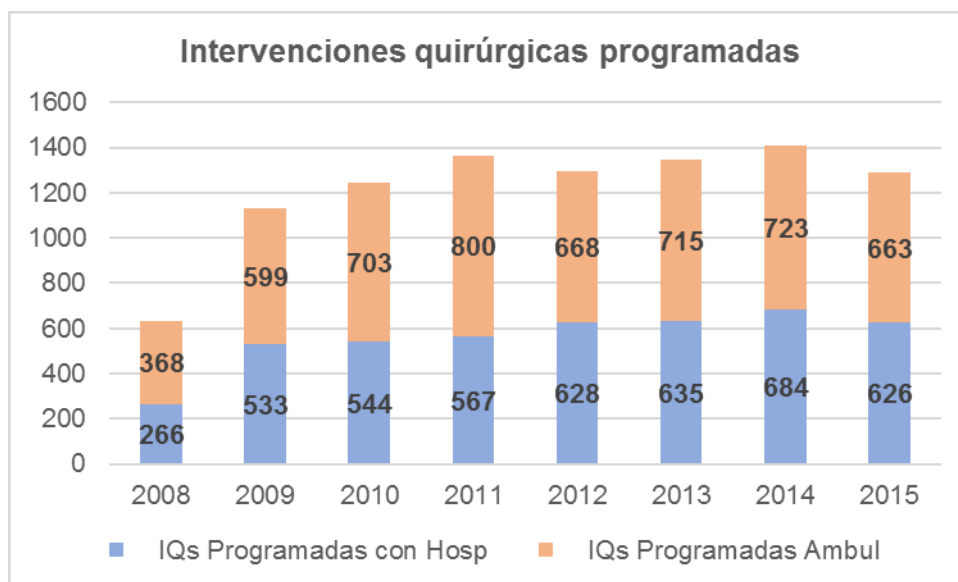


Figura 14. Intervenciones quirúrgicas programadas.

El rendimiento quirúrgico varió entre el 67% y el 92%.

Tabla 13. Procedimientos de CMA.

Procedimiento	CGD	Grupo	CGD
	2.010	2.009	2.009
Hernia unilateral	83,8%	59,7%	72,0%
Hernia bilateral	50,0%	24,3%	7,7%
Hemorroides	63,0%	28,7%	4,4%
Sinus	97,6%	89,6%	89,3%
Mama	69,9%	46,2%	50,7%
Fisura	83,0%	37,6%	56,5%

Se analizaron algunos de los **procedimientos en CMA** del Servicio del año 2010 (Tabla 13), y se apreció que **la tasa de sustitución** era para todos los

procedimientos mejor que en 2009 y mejor que la media de los hospitales del grupo, lo que supuso un importante ahorro en la reducción del nº de ingresos hospitalarios.

Todos los años el **índice o tasa de ambulatorización en CMA** (Tabla 14, Fig. 15), se situó entre el **51,4%** y el **58,5%**, a pesar de que la tasa de sustitución para procedimientos ambulatorios estaba por encima del 70%. Se elaboró una vía clínica de manejo de pacientes para cirugía ambulatoria ([Anexo 8](#)).

El valor de *p* fue significativo (0,005) en 2011, y en los demás años tomando como referencia el 2009 no lo fueron.

Tabla 14. Intervenciones quirúrgicas programadas.

Año	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Tasa ambulatorización	58,04	52,92	56,38	58,52	51,54	52,96	51,39	51,44
P		Ref.	0,090	0,005	0,499	0,981	0,443	0,467

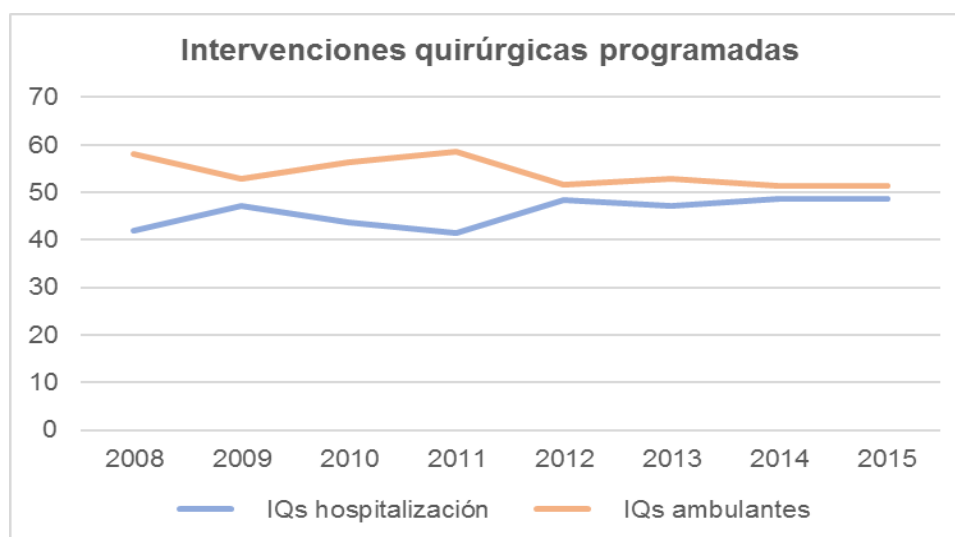


Figura 15. Intervenciones quirúrgicas programadas.

Respecto a la **urgencia** (Tablas 11 y 15, y Fig. 16) el resultado fue algo más de **una intervención/día**. La tasa de ingresos en la cirugía urgente osciló entre el 85-90%.

Tabla 15. Total intervenciones quirúrgicas.

Año	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
IQs Programadas	634	1.132	1.247	1.367	1.296	1.350	1.407	1.289
IQs Urgentes	218	374	399	383	359	352	390	362
P		Ref.	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

En el estudio de comparación de proporciones relacionando la cirugía programada con la urgente se obtuvo un resultado estadísticamente significativo ($p < 0,001$) todos los años sobre el total de IQ, al compararlo con el 2009.

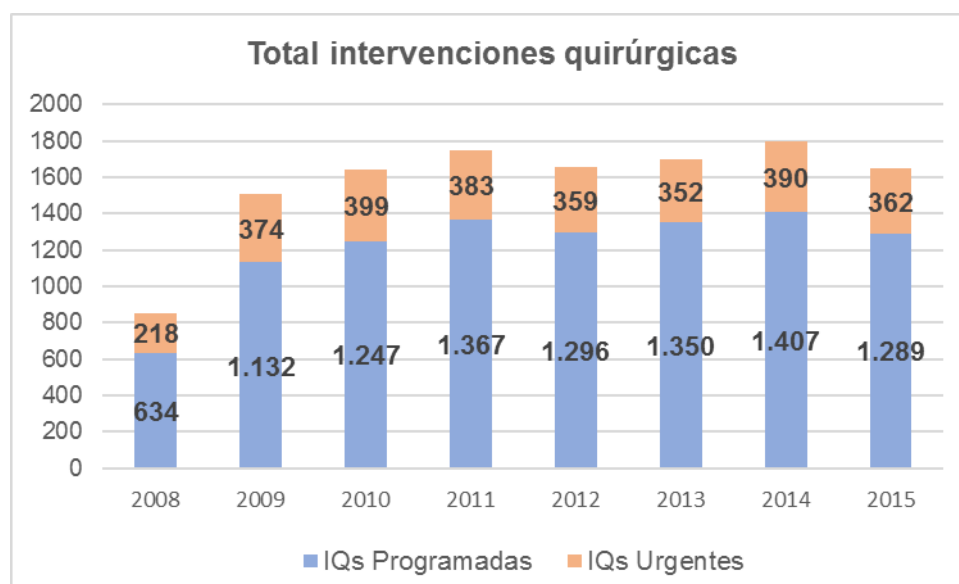


Figura 16. Total de intervenciones quirúrgicas.

La **tasa de suspensiones** del parte quirúrgico fue de **5,59%** de media (543 pacientes), con un incremento en 2009 y 2010.

Tabla 16. Suspensiones.

Año	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Suspensiones	3,30	6,50	6,07	5,26	5,89	5,00	3,82	5,29
P		Ref.	0,654	0,178	0,492	0,108	0,002	0,187

El resultado fue estadísticamente significativo en el año 2014 ($p = 0,002$), al mejorar discretamente este indicador (Tabla 16). Se tomó como referencia para la comparación el 2009.

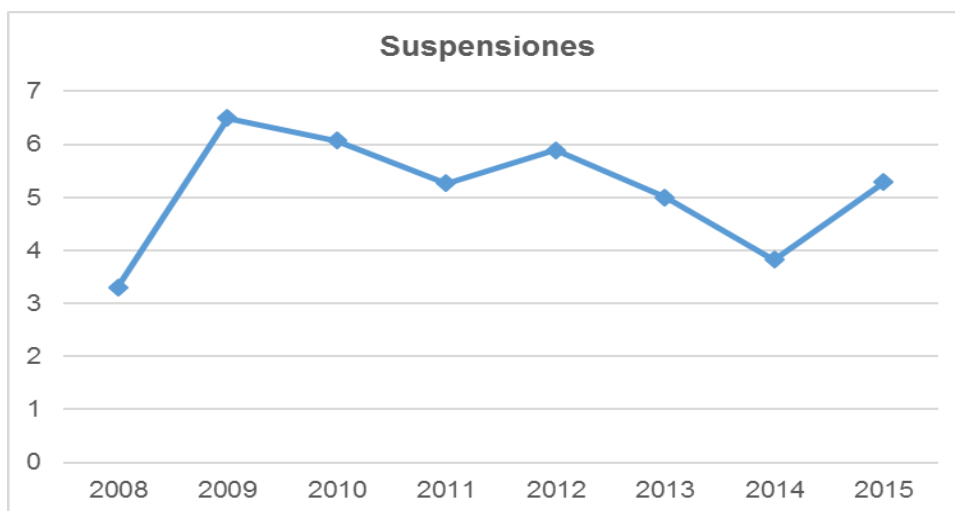


Figura 27. Suspensiones del parte quirúrgico.

4.6.6 URGENCIAS-GUARDIA

Se inició la actividad con un cirujano de presencia física 24 horas (busca) y otro con guardia mixta, y posteriormente se cambió el sistema de las guardias. Primeramente, se pasó a dos cirujanos de guardia de presencia de lunes a viernes y un año más tarde dos de presencia física.

Se continuó empleando el documento respecto al funcionamiento de inicio pactado con los responsables del área de urgencias (Jefe de Servicio de Medicina Interna y Coordinador de Urgencias) ([Anexo 4](#)).

La actividad quirúrgica se refleja en las tablas 11, 15 y en la figura 16. Se mantuvieron los mismos criterios de indicación quirúrgica. Siguió sin estar reflejada la actividad, ya que los pacientes se incluían dentro de Medicina Interna.

4.6.7 PLANIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD. GESTIÓN ORGANIZATIVA

A lo largo de los sucesivos años del estudio se modificaron el nº de consultas y de quirófanos, manteniendo el esquema de la planificación del año 2008. La actividad docente se mantuvo igual.

En la tabla 17 se puede ver la distribución en el momento final del periodo estudiado. Se excluyeron del mismo las actividades docentes al sobreentender que estaban incluidas.

La Unidad de CGD permaneció distribuida en su funcionamiento y en su gestión, con la finalidad de hacer participativo al equipo en la organización. En cada parte de la distribución de la Unidad continuó nombrado un responsable.

Tabla 17. Actividad de Cirugía en un mes del 2015.					
	1 lunes	2 martes	3 miércoles	4 jueves	viernes
Consulta CGD	1	1	1	2	2
Consulta mama	gine	1 gine 1cgd	1	alternos	
Quirófano 1	1	1	1	1	1
Quirófano 2	CMA	CMA	CMA	mama	mama
Hospitalización	1	1	1	1	1
Guardia	2	2	2	2	2
Saliente guardia	2-4	2	2	2	2
Vacaciones					
Otros					

En el año 2009 se expuso una comunicación en la Reunión Nacional de Cirugía que se celebró en Las Palmas de Gran Canaria, en la que ya se comentaban los beneficios para la UR. Los responsables de cada área pertenecían a las

Comisiones Clínicas relacionadas y participaban en los planes de necesidades de su área.

La **Unidad Clínica de patología mamaria (UPM)**, disponía de consultas y quirófanos específicos, así como de la sesión clínica semanal. En ella estaban incluidos facultativos de diferentes especialidades como Ginecología, CGD, Radiodiagnóstico, Anatomía Patológica y Oncología.

Posteriormente, se fueron abriendo posibilidades a las capacitaciones específicas y a las inquietudes del resto de los cirujanos. En el año 2010 se implantó este funcionamiento. La más desarrollada fue Coloproctología con consulta monográfica específica. Posteriormente, se puso en marcha la consulta específica de Endocrinología teniendo ambas CEX un día fijo asignado.

Tabla 18. Distribución por patologías.

Patología	Nº Especialistas
Endocrino	2 FEAS
Mama	2 FEAS + GINE
Coloproctología	3 FEAS
Pared abdominal	2 FEAS
Hepato-bilio-pancreática	2 FEAS
Esófago-gástrica	1 FEA
Ginecología	1 FEA

4.6.8 CARTERA DE SERVICIOS

Se reseñan exclusivamente las ampliaciones en la cartera del año 2008, a partir del cual se produjo la inclusión de las neoplasias hepáticas, biliares y pancreáticas, cirugía oncológica y reconstrucción mamaria inmediata en carcinomas.

Se aumentaron los procedimientos en CMA y se incrementó progresivamente la vía laparoscópica en la mayoría de los procedimientos en los que estaba indicada. Durante los últimos tres años del análisis se hizo cirugía del carcinoma esofágico.

4.6.9 RELACIONES CON OTRAS UNIDADES, AP y H. DE

REFERENCIA

No se registraron cambios en cuanto a los objetivos planteados. Persistió la colaboración activa con Ginecología en los tratamientos quirúrgicos de la oncología ginecológica.

En relación con AP y hospitales de referencia la evolución fue similar a la del periodo de iniciación.

4.6.10 DOCENCIA, FORMACIÓN CONTINUADA E INVESTIGACIÓN

Pregrado

En el año 2009 se iniciaron las conversaciones con la Universidad Complutense de Madrid (UCM). Se valoró la posibilidad de ofrecer estancias de

alumnos de la Facultad de Medicina durante los periodos vacacionales y se dio conocimiento al Decanato y a los responsables de la Jefatura de estudios.

En el 2010 se consiguió que el hospital obtuviera la acreditación como Hospital Universitario, dependiente de la UMC y adscrito al H. U. 12 de Octubre. Se inició la actividad docente en el curso 2010-11.

Se elaboró un **programa de docencia de alumnos** con temas teóricos, prácticas de suturas y drenajes, además de rotaciones semanales en todas las áreas en las que trabajan los facultativos de la Unidad. Se les hizo partícipes de todas las sesiones clínicas y se les desarrolló sobre todo en el quirófano ([Anexo 9](#)).

La valoración general del servicio de CGD por el alumnado fue a lo largo de estos años de 4,1-4,5 sobre 5 (respuestas de valoración en el portafolio individual).

Postgrado – MIR

Se prosiguió informando al Jefe de Servicio de CGD del Hospital de Getafe del interés en que sus residentes pudieran rotar en el HUIC, así como los residentes de Atención Primaria del Área 10. No se consiguió llevar a cabo esa propuesta en ninguno de los dos ámbitos.

En el 2010 se inició la preparación de la documentación para solicitar docencia MIR. Se realizaron negociaciones mediante la gestión de ambas gerencias con el hospital Universitario de Getafe. Se llegó al acuerdo de que si existieran residentes en el HUIC, éstos podrían rotar en Cirugía Plástica, Vascular, Torácica y Neurocirugía. En el año 2011 se hicieron todos los informes de los Servicios quirúrgicos de apoyo.

Con fecha 15 de septiembre de 2011 se recibió la documentación de la Agencia Laín Entralgo en relación a la solicitud de la docencia postgraduada.

Se realizó oficialmente la solicitud de MIR en el año 2012. El informe de la Agencia Laín Entralgo y de la Comisión Nacional de la especialidad comunicó el rechazo a la solicitud de plaza de médico residente de Cirugía para el hospital (16 mayo 2012), por actividad quirúrgica insuficiente y producción científica inadecuada.

Quedó pendiente la reordenación de las 35 plazas de MIR acreditadas en laCAM, por lo que se sugirió que se constituyera como Unidad Docente asociada y no con acreditación propia.

Formación continuada

Se mantuvieron los objetivos reseñados en la memoria de la jefatura para todos los facultativos de la UR. Se pactaron estancias en otros centros hospitalarios para médicos de la Unidad por periodos de 15-30 días. Los destinos fueron: H. U. de Sanchinarro (cirugía pancreática), H. U. de La Princesa (cirugía endocrina).

Se han seguido realizando desde el año 2011, cursos de Cirugía de Formación Continuada, acreditados por la Agencia Laín Entralgo, con participación de ponentes externos y del propio centro.

Destaca la participación en el año 2012 de tres miembros de la Unidad en el Plan Estratégico de la Comunidad, en el Plan Estratégico del Hospital Universitario Infanta Cristina y en el Comité de autoevaluación del EFQM.

Todos los facultativos acudieron al menos a un curso anual de alto nivel de cualificación en relación con la patología en la que estaban más implicados.

Sesiones clínicas de la Unidad

Continuaron siendo obligatorias para todos los miembros del Servicio y abiertas para quien tenga interés en participar.

Sesión general del Servicio: todos los jueves con una duración de 90 minutos. Constaba de varias partes: presentación de casos para operar de cualquier especialidad, morbilidad de los pacientes ingresados, problemas puntuales. La participación del resto de Unidades del hospital la convirtieron en una sesión muy cualificada.

Sesión de la guardia: todos los días de 8 a 8:20 horas.

Sesión bibliográfica o monográfica: se sustituyó por la sesión de los miércoles de actualización en cirugía, con ponentes del hospital y de otros centros hospitalarios. Se mantuvo la sesión bibliográfica en los periodos en los que no se encontraban programadas las otras sesiones ([Anexo 6](#)).

Sesión de morbimortalidad: se evaluaron las complicaciones todas las semanas y además un facultativo participaba en la Comisión de mortalidad en la que se analizaban los fallecimientos de los pacientes.

Sesión de gestión: había al menos dos sesiones durante el primer trimestre de cada año en las que se informaba de los resultados obtenidos por la UR durante el año anterior y los objetivos del año en curso. Además, con cierta frecuencia se hablaba en las sesiones de temas de gestión, protocolos, vías clínicas, gastos, etc.

Sesión del Comité de mama: todos los martes.

Sesión General del hospital: participación como ponentes todos los años en las sesiones generales.

Sesión interhospitalaria con el Servicio de Cirugía de nuestro hospital de referencia. No se celebraron.

Actividad científica

📖 Matriculación de Tesis: 4

- “Nuevas tecnologías aplicadas a resecciones pancreáticas”. Herrera Cabrera V.
- “Implantación del sistema Possum en cirugía programada y urgente en un hospital de nueva creación”. Salcedo Cabañas G.
- “Proyecto de gestión de un Servicio de Cirugía General en un hospital de nueva creación. Análisis del funcionamiento”. Rodríguez Prieto I.
- “Papel del VEGF en la actividad vascular y en el tejido adiposo peritumoral en el carcinoma colorrectal”. García Villar O. “Sobresaliente *cum laudem*”

📖 Capítulos de libros: 7

📖 Publicaciones en revistas internacionales indexadas: 2

📖 Publicaciones en revistas nacionales indexadas: 11

📖 Máster: 3

📖 Moderadores de mesa en congresos: 5

📖 Ponencias en congresos nacionales: 21

📖 Ponencias en congresos internacionales: 1

📖 Comunicaciones/póster congresos internacionales: 2

📖 Comunicaciones congresos nacionales: 41

📖 Asistencia cursos de la especialidad: 140 (excluyo *on line*)

📖 Asistencia congresos: 68

 Estancias en otros centros nacionales: 7

Cursos realizados en el hospital:

- “Curso de algoritmos diagnóstico-terapéutico en tumores digestivos.”
Asistencia de todo el Servicio y ponencias.
- “Curso teórico-práctico sobre hemorroides. Técnica THD”. Participó todo el Servicio.
- “Enseñanza de la técnica del THD en el tratamiento de las hemorroides”
Se realizó un curso en noviembre de 2010, constituyendo uno de los servicios pioneros a nivel nacional en este tipo de iniciativas terapéuticas.

Investigación

Se presentó una tesis doctoral. Se matricularon otras tres.

Se identificaron dificultades para tener actitud proactiva en este concepto.

4.6.11 CALIDAD

Reclamaciones

Se registraron un mínimo de 4 y máximo de 15 al año (escritas) y no se incluyeron las verbales.

Complicaciones postoperatorias

En el año 2009 se inició el análisis de las complicaciones enmarcado como objetivo de calidad de la asistencia sanitaria. Este objetivo se mantuvo durante todos los años y se distribuyó su control y análisis entre varios miembros de la Unidad.

En el año 2011 se hizo un informe incluido en los objetivos sobre los pacientes ingresados, resultando complicaciones en 72 de 649 (11,09%), y destacando el 27,39% en pacientes oncológicos y un 10,49% en cirugía urgente.

En el 2012 se redujo la tasa de infecciones al 9,80%, y solo se incrementaron las infecciones en la cirugía colorrectal. En cirugía limpia y limpia-contaminada los resultados se situaron por debajo de las cifras correctas.

En el 2014 se incrementó la tasa de infecciones en la cirugía de la mama, especialmente cuando se empleaban implantes. Sin embargo, se consiguió una reducción importante en la cirugía de colon.

Tabla 19. Tasa de complicaciones.

Año	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Tasa complicaciones	8,10	9,45	11,09	9,80	9,71	10,24	11,80
P	Ref.	0,713	0,004	0,097	0,114	0,035	<0,001

En la comparación entre tasas con el año 2009 los resultados fueron significativos en los años 2011, 2014 y sobre todo en el 2015 (Tabla 19).

Protocolos

Se pusieron en marcha todos los protocolos en patología oncológica descritos en los objetivos individuales de los facultativos, así como los de manejo de la hemorragia digestiva, indicaciones de la Nutrición Parenteral, necesidades de transfusión de hemoderivados, etc.

Vía clínica

Se implementaron la vía clínica de la colecistectomía laparoscópica (año 2013) y la vía clínica de las intervenciones en régimen de CMA (año 2010) ([Anexo 8](#)).

Reintervenciones y mortalidad

En las tablas 20, 21 y 22 se exponen los resultados obtenidos en estos dos criterios de calidad asistencial. Como era de esperar, el nº de intervenciones superó al de pacientes, ya que se incluyeron los enfermos con abscesos isquiorrectales, gangrena de Fournier, etc., que precisaron varias limpiezas quirúrgicas.

Tabla 20. Reintervenciones y mortalidad (2009-2015).

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nº de pacientes reintervenidos	23	42	32	47	50	37	43
Nº intervenciones	47	54	62	62	62	58	59
% reintervenciones	3,10	3,28	3,54	3,74	3,64	3,22	3,57
% de pacientes intervenidos	1,51	2,55	1,82	2,84	2,93	2,05	2,60
N de fallecidos	9	15	7	10	13	15	10
% fallecidos sobre operados	1,06	0,99	0,43	0,57	0,76	0,83	0,61

El porcentaje de pacientes que precisaron, al menos, una segunda intervención osciló entre el 1,51% y el 2,93%; que correspondía a un porcentaje sobre el nº de reintervenciones entre 3,10% y 3,74%.

Las causas están enmarcadas en la tabla 22, destacando los procesos sépticos y los hemorrágicos.

Tabla 21. Reintervenciones.

Año	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Pacientes intervenidos	23	42	32	47	50	37	43
P	Ref.	0,032	0,214	0,006	0,001	0,123	0,013

La comparación de los resultados de cada año con los del año 2009 resultó estadísticamente significativa en todos los años excepto en 2011 y 2014.

Tabla 22. Reintervenciones. Etiología.							
Año	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Infección-sepsis-fístula	30	28	31	27	30	31	32
Hemorragia	11	13	12	14	16	10	11
Fístula biliar	4	5	5	4	2	3	3
Evisceración	0	2	2	2	2	1	6
Obstrucción	0	1	3	4	1	3	1
Otras	2	5	9	11	11	10	6

En relación con la mortalidad (Tablas 20 y 23), la tasa de mortalidad fluctuó entre el 0,43% y el 1,06%, lo que indicaba un nº de fallecimientos entre 7 y 15 dependiendo del año de estudio. La sepsis y el FMO destacaron como causas de muerte. La *p* no fue significativa.

Tabla 23. Exítus. Etiología.							
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Sepsis	4	5	4	4	2	7	5
FMO – Parada cardiorespiratoria	2	6	2	4	3	5	5
Shock hipovolémico	1	3	1	0	3	2	0
Otras	1	1	0	2	1	0	0
Progresión neo	1	0	0	0	4	1	0
Total	9	15	7	10	13	15	10

Merece la pena explicar que se incluyeron a todos los pacientes de la UR, incluyendo los ingresados en UCI, que en muchos cuadros de mando de los hospitales no se contabilizan como adjudicados a CGD. Se debe añadir que no todos los pacientes fueron complicaciones postoperatorias.

Comisiones clínicas

Todos los miembros de la Unidad estuvieron incluidos en alguna de las Comisiones hospitalarias, con una participación activa. Se crearon nuevas comisiones como Biblioteca, Nuevas tecnologías, Hemoterapia y Seguridad del paciente, en las que se fueron incorporando nuevos facultativos.

En el año 2014 se abandonó la comisión de cabeza y cuello, y tuvo lugar el cese de la presidencia de la Comisión de tumores. En el 2015 se abandonó la comisión de urgencias por reducción del nº de médicos.

Se realizaron varias modificaciones entre los miembros de las comisiones, todas pactadas con los facultativos y con los responsables de las diversas comisiones.

4.6.12 INSTRUMENTOS DE GESTIÓN. EFICIENCIA

LEQ

Se controló desde el principio el número de entradas y salidas manteniéndose equilibrados (<1).

La tabla 24 indica el porcentaje de pacientes que se incluyeron desde la consulta en la LEQ. Se evidenció un porcentaje de 35,3%, 6,5 puntos por debajo de la media de la CAM. Esta tabla refleja los diferentes criterios

utilizados por los cirujanos en relación a la inclusión de los pacientes en la LEQ (24,1% a 59,1%).

Tabla 24. Inclusiones LEQ.

	Nº primeras consultas	Nº inclusiones LEQ	% inclusiones LEQ
H. U. La Paz	5.152	2.273	44,1
H. U. 12 de Octubre	9.261	3.406	36,8
H. U. Ramón y Cajal	5.627	2.051	36,4
H. U. de Getafe	3.682	1.599	43,4
H. U. de Móstoles	3.176	1.688	53,1
H. U. Severo Ochoa	3.679	1.815	49,3
H. U. Príncipe de Asturias	5.389	2.658	49,3
H. U. La Princesa	3.128	1.408	45,0
H. C. San Carlos	5.468	2.925	53,5
F. H. de Alcorcón	2.521	1.199	47,6
H. U. de Fuenlabrada	2.788	1.353	48,5
H. Infanta Sofía	2.374	1.387	58,4
H. del Henares	2.092	736	35,2
H. Infanta Leonor	4.382	2.045	46,7
H. del Sureste	2.239	664	29,7
H. Infanta Cristina	2.324	821	35,3
H. del Tajo	1.653	399	24,1
H. U. Pta. de Hierro	3.672	2.170	59,1
H. Infanta Elena	1.391	655	47,1
H. G. U. Gregorio Marañón	6.027	2.840	47,1
H. El Escorial	1.096	371	33,9
F. Jiménez Díaz	5.907	2.100	35,6
H. Central de la Defensa	1.267	315	24,9
GLOBAL	84.295	36.878	43,7

Marcados en amarillo y azul se muestran los valores mínimo y máximo, respectivamente, para ese parámetro

GRDs

Uno de los objetivos prioritarios fue el análisis de los GRDs durante los años del presente estudio. La estancia por GRDs impactó directamente sobre la EM, sobre los gastos y se vió afectada por las complicaciones. Se empezó analizando 15 GRDs para hacerlo luego extensivo a los 30 más habituales.

Los resultados fueron positivos en la mayoría de los procedimientos, algo que también corroboró la auditoría de lametrics.

Se realizó un **análisis del GRD** sobre la **apendicectomía laparoscópica** en el que se objetivó que no había supuesto una mejoría en la estancia ni en las complicaciones graves.

Peso medio

El peso de la Unidad fue incrementándose progresivamente todos los años (Tabla 25).

Tabla 25. Peso medio.

Año	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Peso medio	1,47	1,60	1,80	1,81	1,81	1,85	1,84	1,96

Estancia media

En los primeros años se incrementó hasta 5,29 días, pero posteriormente el descenso fue claro, como se evidencia en la tabla 26 y en la figura 18.

Tabla 26. Estancia media.

Año	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
EM (días)	4,73	5,10	5,29	4,94	4,92	4,69	4,00	4,18

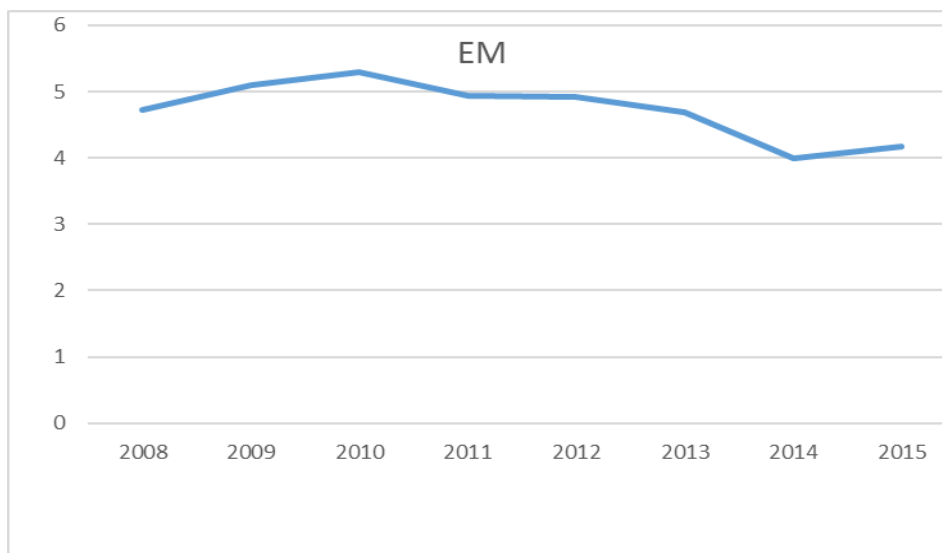


Figura 18. Evolución de la EM a lo largo del periodo de estudio.

IEMA

Paralelamente a lo que ocurrió con la EM en los primeros años se sobrepasó discretamente el umbral del 1, cifra límite que discrimina el buen o mal funcionamiento de la hospitalización. Progresivamente, se descendió por debajo de este límite la mayoría de los años. La complejidad de los pacientes afectó directamente al IEMA y los pesos resultaron bastante elevados para lo habitual en un hospital de nivel 1.

Tabla 27. IEMA.

Año	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
IEMA	1,07	1,03	0,95	0,98	0,95	0,85	0,91
IEMA grupo	0,98	0,98	0,93	1,00	0,93	0,84	0,82

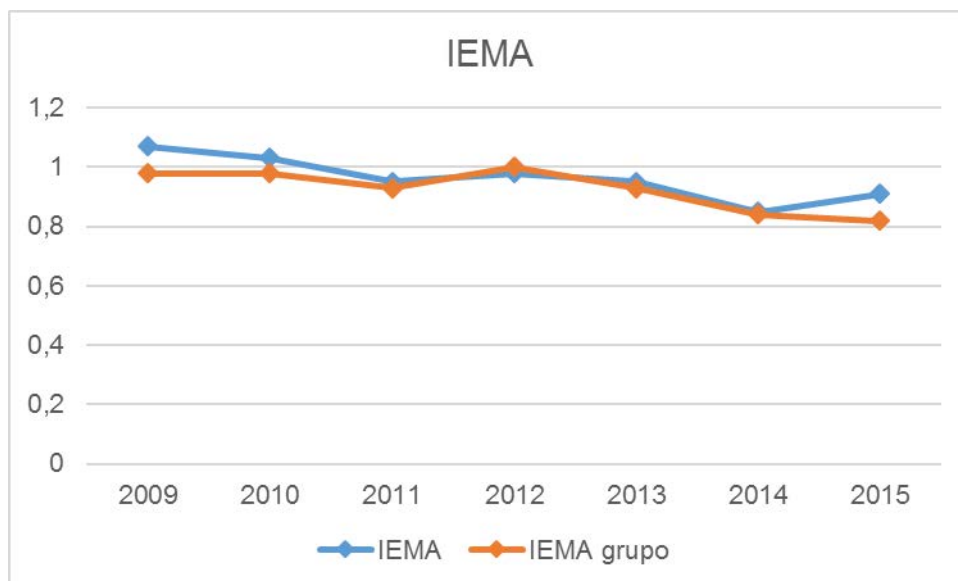


Figura 19. Evolución del IEMA (azul) y del IEMA comparado con el grupo hospitalario (naranja) a lo largo de los años de seguimiento.

Rendimiento quirúrgico

El rendimiento quirúrgico fue siempre superior al 74%, con una media en torno al 82%, empleando los criterios de utilización del recurso y los TQEs.

Tabla 28. Rendimiento quirúrgico.

Año	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Por tiempo	74,00	79,69	74,02	72,44	72,30	72,93	7,21	74,65
Por TQE	75,00	78,07	67,42	84,97	82,39	83,85	83,87	92,72
P por tiempo		Ref.	0,001	<0,001	0,040	0,003	0,001	<0,001
P por TQE		Ref.	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,033

La comparación de los rendimientos quirúrgicos con el valor de referencia (año 2019), analizando los dos criterios (tiempo de utilización y TQE) fue muy significativa ($p < 0,001$) en la mayoría de los años.

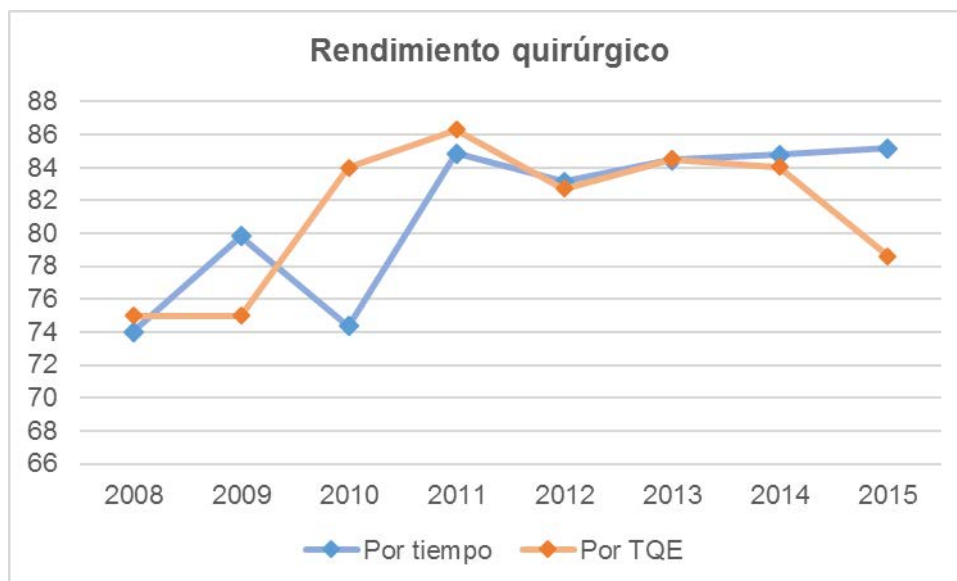


Figura 20. Rendimiento quirúrgico.

Material fungible

El mayor gasto correspondió a las prótesis mamarias a pesar de que se utilizó un material que no necesitaba intercambiarse ni precisaba de un segundo tiempo quirúrgico.

El resto del consumo de material fungible fue razonable, utilizando siempre un solo sellador vascular o una sola máquina de sutura mecánica y sus respectivas cargas. Respecto a las prótesis herniarias se emplearon las más sencillas del mercado.

Tasa de reingresos

Las cifras fueron un poco altas en la tasa de readmisiones en los primeros 30 días del postoperatorio. Posteriormente en la evaluación de lametrics con las correcciones por los pesos los resultados mejoraron.

Tabla 29. Tasa de reingresos.

Año	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Tasa reingresos	7,94	9,77	8,50	8,12	8,66	6,26	7,27
P	Ref.	0,151	0,658	0,846	0,875	0,026	0,207

RRHH

En la tabla se puede ver el incremento de la plantilla lo que supuso un aumento en los gastos de personal de 40.000 €/año.

Tabla 30. RRHH.

Año	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Plantilla	8	9	10	11	12	13	13	13

Informe lametrics

El análisis de la empresa de evaluación externa lasits (Barcelona, España) durante el periodo 2009-2013 concluyó lo siguiente:

- Se obtuvo un ahorro muy considerable de estancias (6.923) a pesar de la existencia de un discreto déficit en la estancia preoperatoria (562).
- La cirugía sin ingreso o CMA estuvo muy por encima de las previsiones comparativas (3.835 pacientes más).
- La tasa de complicaciones, que en la anterior evaluación era superior a la media al compararla con patología similar en peso, se redujo.
- Un fenómeno similar ocurrió con los reingresos, aunque estaban casi en la norma.
- La mortalidad fue más baja que el estándar.

La comparación con el **Benchmarking** realizada mediante “lametrics” también fue favorable, excepto en la estancia preoperatoria.

Tabla 31. Informe lametrics.

Periodo de estudio 2009- 2013	PEER*	BENCHMARKING
EM (días)	-6.923	-1.640
Estancia preoperatoria (días)	+562	+562
Cirugía sin ingreso (nº pacientes)	+3.835	+733
Complicaciones (nº pacientes)	-80,1	-80,1
Mortalidad (nº pacientes)	-59,6	-59,6
Readmisiones (nº pacientes)	-9,1	-9,1

Los resultados mostrados se obtuvieron de restar a las cifras del HUIC las cifras de las referencias analizadas en cada caso (PEER o Benchmarking).

*El PEER analiza la comparación con los hospitales estándar.

Gasto de Farmacia

En relación al gasto en Farmacia el servicio generó ahorro para el hospital. Desde el año 2011 el control adecuado del gasto fue evidente. El límite de gasto para la UR se estableció en 90.000€.

Tabla 32. Gasto en Farmacia.

Año	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Gasto en Farmacia (€)	91.090	72.972	93.314	81.126	50.973	46.005	55.888

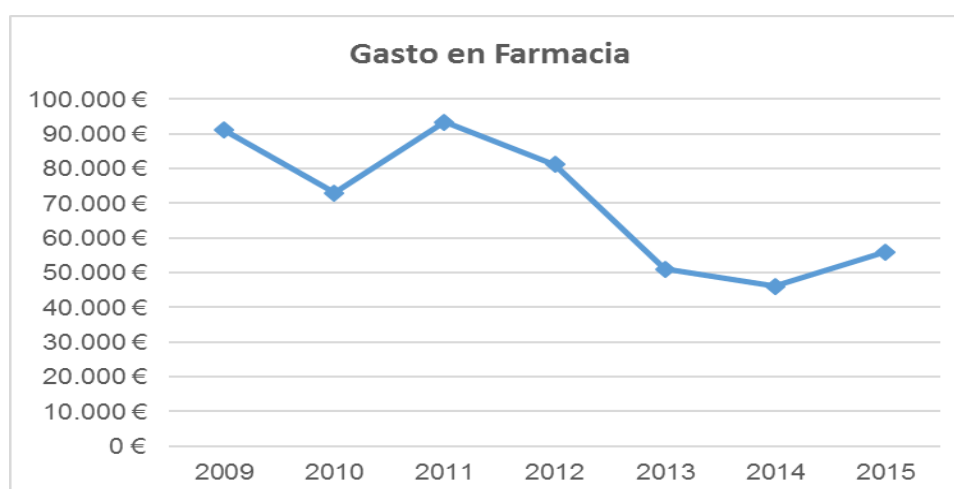


Figura 21. Gasto en Farmacia

4.6.13 PLAN DE NECESIDADES

Para cualquier solicitud de incremento del equipamiento era necesario realizar un informe técnico sobre el equipo solicitado, consumo, presupuesto y justificación basada en la evidencia.

En los siguientes años se compró el bisturí ultrasónico, la sonda para el ganglio centinela, la caja de cirugía torácica, una caja de laparotomía, un nuevo instrumental de cirugía laparoscópica, un esternotomo y un ecógrafo. Además, el Servicio obtuvo una donación para el hospital de una torre completa para cirugía laparoscópica.

4.6.14 DERIVACIONES CASTILLA - LA MANCHA

Hubo un intento por parte de ambas Consejerías de Sanidad, para que pacientes de la Comunidad de Castilla-La Mancha fueran atendidos en Madrid. Al HUIC le correspondería la zona de Illescas. Se firmó la documentación, pero no se llevó a cabo.

4.6.15 ANÁLISIS DEL TRABAJO POR OBJETIVOS

Como se indicó previamente en el apartado de "Material y método", en el plan de apertura 2008 el equipo directivo estableció idea de implicar más a sus trabajadores e instituyó el trabajo por objetivos.

La evaluación de los mismos fue realizada por diferentes personas: los objetivos Institucionales fueron analizados por la Consejería de Sanidad, los de la Unidad por el equipo directivo y los individuales por el jefe de la Unidad y el

Director médico. El hospital nunca cumplió el 100% de los Institucionales previstos, pero siempre estuvo por encima del 80%.

La UR de CGD no cumplió suficientemente con los que se enumeran a continuación:

- Complicaciones en general o infecciosas en diversas patologías, especialmente oncológicas (en el análisis interno, pero sí se cumplió en la evaluación externa de lametrics al añadir el criterio del peso de los pacientes).
- Control de los efectos adversos y errores de la medicación.
- Control de la tasa de reingresos.
- Suspensiones del parte de quirófano.

El resto de los objetivos de la Unidad y los objetivos individuales se cumplieron adecuadamente (evaluación realizada por el Director médico y el Jefe de servicio).

En la productividad variable de los facultativos uno de los criterios que penalizaba era el no cumplimiento de objetivos.

4.6.16 MOTIVACIÓN PROFESIONAL

La **motivación** y la **satisfacción de los profesionales** son criterios subjetivos.

El análisis de las cuatro encuestas fue realizado por el “grupo de satisfacción de los profesionales” con apoyo estadístico de otras personas.

Los resultados globales de los facultativos, no los concretos de CGD, fueron los siguientes:

- El porcentaje de respuestas, que se inició muy bajo en el año 2010 (11,2%) se incrementó hasta el 35,6% en el 2015, y la participación de los médicos tuvo un crecimiento desde el 12,5% al 46%.
- Los criterios más señalados como prioridades para los trabajadores fueron: incentivos económicos (incluyendo los trienios y la carrera profesional) un 75%, exceso de carga de trabajo y estrés laboral que disminuyó del 80% al 65%, la docencia y participación en cursos que ha oscilado entre el 50 y el 60% (un 50% opinó que la formación recibida en el hospital no se adecuó a las necesidades para su puesto de trabajo).
- En otro análisis de la encuesta se incluyeron tres apartados, puntuados de 0 a 10 (puntuación máxima): apoyo directivo (entendiendo equipo directivo y jefaturas) que descendió desde un 6,5 en el 2010 al 5,5 en la última encuesta (en la que los jefes ascendieron discretamente en la valoración a 6,8); recalando que su relación con los responsables era fluida y con un buen trato personal en un 80%.
- La percepción de demandas por parte de los profesionales se mantiene estable con discreto empeoramiento (6,8 a 6,2); y la calidad de vida en el trabajo que oscila según los años entre el 5,5 y el 6,3.
- Otra parte del análisis (Tabla 33), quizás el más relevante para nuestro estudio, evaluó la satisfacción profesional, la motivación y la capacitación. Como se puede ver no hay grandes modificaciones en la percepción de estos criterios por parte de los facultativos a lo largo del tiempo.

Tabla 33. Valoración de la encuesta a los profesionales (rango: 0-10).				
Año	2010	2012	2014	2015
Satisfacción profesional	7,3	7,4	7,1	7,5
Motivación intrínseca	7,6	7,2	7,4	7,7
Capacitación y desarrollo profesional	8,4	8,2	7,8	8,4

Siguiendo con el análisis de los resultados, los facultativos consideraron que su trabajo era adecuado o muy adecuado en un 85%. El 80% respondió que las tareas y responsabilidades asignadas aprovechaban su capacitación profesional.

En resumen, el grado de satisfacción general en relación con el trabajo realizado era alto en el 56% de los encuestados.

Desde la comisión se decidió hacer una encuesta bianual así como tomar medidas correctoras en los asuntos en los que las valoraciones eran más deficientes.

5. DISCUSIÓN

5.1 INTRODUCCIÓN

La puesta en marcha de una Unidad de CGD en un hospital de nueva creación está llena de luces y sombras. Las luces, obviamente, están basadas en la ilusión, el compromiso, el conocimiento y las experiencias vividas en la sanidad y en la gestión clínica. Las sombras nacen de la incertidumbre ante un proyecto nuevo, en un hospital nuevo, con un modelo de gestión diferente.

La gestión clínica busca en nuestras actuaciones la eficiencia y la calidad asistencial, pero en los últimos años también señala como objetivos prioritarios la satisfacción de los pacientes y su calidad de vida.

Según Alcalde, la gestión clínica significa gestionar unidades asistenciales mediante el compromiso responsable de los profesionales en la consecución de objetivos. (4,45)

Olea en su tesis doctoral indica que la gestión clínica está basada en las decisiones adoptadas por los profesionales de la sanidad, con la participación directa de los mismos que considera un elemento clave para conseguir una gestión efectiva y eficiente. (103)

Las directrices de organización y funcionamiento de las Unidades clínicas son marcadas por el equipo directivo y los jefes de servicio. La capacidad de liderazgo, asociada a un proyecto fiable son claves para la obtención de buenos resultados.

Lo complicado, en ocasiones, es definir los objetivos para lo cual es muy importante el trabajo en equipo, la responsabilidad y el compromiso con la organización.

Los seis nuevos hospitales inaugurados en el año 2008 en la CAM emergen con ciertas peculiaridades: son **Empresas Públicas**, con gestión mixta, con cartera de servicios limitada y parte de los facultativos son captados de los hospitales de la misma área sanitaria.

La experiencia más próxima en la CAM en relación a la forma de gestión y organización de los nuevos hospitales fue el Ente Público “Hospital de Fuenlabrada” que se creó como una Entidad de Derecho Público. (100)

Algunas de las características propias de las EP son la flexibilización de los contratos y el pago por UCH cuya tarifa estándar marca el contrato programa. La CS paga por presupuesto a la mayoría de los hospitales de la CAM, es decir son retribuidos mediante una cantidad global anual para cubrir el coste de los servicios.

Según los estatutos del hospital la creación de la EP está orientada a alcanzar formas más efectivas y eficientes de gestión de recursos, medios organizativos y acciones del sistema sanitario.

Las EP son organizaciones con personalidad jurídica pública, pero que actúan en la gestión de sus recursos conforme al ordenamiento jurídico privado, creadas para la prestación de un servicio público. A nivel del territorio español podemos destacar como ejemplos de EP el Servicio Catalán de Salud y el Servicio Vasco de Salud. (104)

El sistema sanitario español es integrado, es decir, el mismo agente financia, asigna recursos y es el titular de los centros.

El contrato programa vincula la actividad al presupuesto asignado al centro hospitalario. Los precios públicos se basan en la utilización de los sistemas de información de contabilidad analítica y en la explotación del CMBD. Como ejemplo puede citarse el pago por CEX de las especialidades quirúrgicas: primera (101€), sucesiva (61€) y alta resolución (162€).

En relación a la otra peculiaridad del hospital, **la gestión mixta**, implica a todo el resto del personal que trabaja en la Institución y que no es sanitario. El pagador es la empresa que construyó el edificio, en este caso Sacyr. Es fácil de entender que la Empresa concesionaria también quiere tener una buena cuenta de resultados económicos, para lo cual restringen al máximo los RRHH. En ocasiones, esto dificulta el funcionamiento normal del hospital (poco personal administrativo, ajustado el nº de Tigas o celadores).

Respecto a la cartera de servicios al ser un hospital de nivel 1, no dispondrá de algunas especialidades médicas, con lo cual necesitará de hospitales de apoyo o referencia dentro de su área sanitaria.

Las jefaturas de unidad fueron seleccionadas a través de una convocatoria pública, en la que se concursaba mediante méritos curriculares y un proyecto de gestión de la unidad.

El resto del personal sanitario precisó aportar los méritos académicos y laborales. Se dio preferencia a los profesionales de los hospitales a los que se les iba a reducir la actividad asistencial, en nuestro caso el H. de Getafe. La mayoría contaban con escasa experiencia.

5.2 METODOLOGÍA, DISEÑO Y POBLACIÓN

Es un estudio observacional ya que no hay ningún modelo de experimentación, longitudinal puesto que realiza múltiples observaciones en diferentes momentos (generalmente anuales) y en el que se realizan comparaciones hospitales de la CAM.

Se basa en el proyecto de gestión del año 2007 presentado al concurso de la jefatura de servicio de CGD de la Comunidad de Madrid, que fue actualizándose con los diferentes planes funcionales anuales, en los que se indicaban los objetivos previstos para cada año en curso y al final del mismo se analizaban los resultados(105).

Una de las dificultades encontradas a la hora de realizar esta tesis ha sido la escasa bibliografía sobre este tema concreto, así como transformar en método científico un material que es pura práctica cotidiana.

La población que nos correspondía era parte del Área 10 de la CAM, con nivel medio-bajo cultural y económico, demandante de asistencia sanitaria y relativamente reivindicativa. Esto ha supuesto una demanda asistencial superior a las previsiones por lo que hubo que adaptarse a la misma.

El diseño arquitectónico del hospital favoreció el contacto entre los profesionales y al disponer de las áreas de administración y despachos profesionales alejados del circuito de los pacientes facilitó el trabajo de los facultativos.

La creación de este hospital ha supuesto una relativa reducción en la carga asistencial del H. U. de Getafe al derivar parte de la población que le correspondía al HUIC.

5.3 RESULTADOS

5.3.1 ANÁLISIS DEL PROYECTO

En primer lugar, se comenzará por el análisis del diseño de los proyectos. Como premisa, conviene indicar los **apartados** que considero necesarios para una **buena memoria, proyecto de gestión o plan funcional**.

En el inicio del apartado de “Resultados” se pormenorizaban todos los *items* que creo que debe incluir el proyecto de gestión. Si lo comparamos con el modelo de memoria de un servicio de CGD de la 1ª Guía de gestión clínica de la AEC de Aguayo (9), que podríamos tomar como referencia a seguir, hay grandes similitudes excepto que no se expuso concretamente el contenido de la especialidad de CGD, puesto que se supone que es de todos los cirujanos conocida. (67) Cada uno desarrolla más ampliamente algunos de los epígrafes. Toda memoria de gestión debe contener cuatro grandes apartados: **actividad asistencial, docencia, calidad y eficiencia**. Todos ellos tienen una importancia relevante en la asistencia médica actual pero el último apartado aglutina gran parte de los anteriores. Creo que es la novedad en los últimos años y discrimina la adecuada labor gestora que deben ejercer los jefes y deben hacer partícipes a todos los miembros del equipo.

En los dos hospitales en los que he permanecido más tiempo se elaboraron planes estratégicos. (106,107) La Dirección del HUIC planteó como uno de los principales objetivos avanzar hacia un compromiso con la **calidad** a través de la implantación del EFQM. Se realizó una autoevaluación en 2011 y se diseñó un mapa de sostenibilidad y el seguimiento del Plan. (106,107)

Echenique (11) y Alonso (108) consideran que planificar un servicio es un Plan Estratégico a pequeña escala. Creo que no es lo mismo, ya que la

participación, extensión, repercusión y dirección no son comparables. Un Plan Estratégico se plantea desde un Ministerio, una Comunidad, una Consejería y como mínimo un hospital, pero no un servicio. Al aludir al resto de las instituciones, se entiende que la participación es desde múltiples ámbitos.

La Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid puso en marcha en el año 2012 la elaboración de planes estratégicos por especialidades, incluyendo el de CGD. (12) Se trabajó bastante y resultó que no se han implantado. En dicho Plan se especificaron cifras de actividad del año 2011 obtenidas del SIAE que voy a enumerar. El nº total de consultas fue de 4.112.439 (en el HUIC realizamos el 4,57% del hospital), con un índice sucesivas/primeras de 1,72, el cual en el servicio no se ha sobrepasado durante el periodo de estudio (máximo 1,56). En cuanto a la actividad quirúrgica el nº total de IQ anuales fue de 76.806, de las que el 40% fueron en CMA. El HUIC siempre ha superado ese índice de ambulatorización (51,39-58,52%). (12)

El Plan Estratégico tiene como finalidad definir, formalizar y diseñar directrices y criterios de organización, gestión y funcionamiento, tomando como referencia la evolución del entorno, partiendo del análisis de la realidad existente, con la voluntad de influir en el cambio de la misma. Un plan estratégico consta de dos fases, la primera de análisis de la situación en la que se incluyen la definición de la misión, visión y valores, y un análisis DAFO, y la segunda o de formulación de las líneas estratégicas.

A continuación, voy a intentar realizar un **estudio comparativo** de **cuatro modelos** de **proyecto** de **gestión** de los **jefes** de **unidad** correspondientes a los otros hospitales madrileños de nueva creación de la misma fecha. El

análisis será simplemente del contenido del mismo, sin entrar en su funcionamiento ni en sus resultados.(108–111). Dos hospitales son de mayor tamaño (H. Infanta Leonor y H. Infanta Sofía), y los otros dos son similares al del objeto del estudio (H. del Sureste y H. del Henares).

Para ser proyectos de gestión el desarrollo de los cuatro es muy diferente:

- Torres y Alonso (108,111) sí definen la **especialidad de cirugía general** y las **funciones del jefe de servicio**.
- En relación con la **consulta**, se tiende a que sean **personalizadas** y/o **monográficas**, pero solo Alonso (108) define las agendas.
- **La hospitalización** desde mi criterio está confusa, ya que no concretan quién la realiza y cómo, excepto Seoane. (109)
- Con respecto a la actividad en el **quirófano**, está reflejada la importancia actual de la CMA, aunque se le da más valor a la cirugía con hospitalización.
- García (110) articula **procesos asistenciales** en las áreas de actividad.
- En la **guardia** todos incluyen dos cirujanos de presencia o mixta.
- Hacen un **cálculo** de **plantilla** en relación al hospital para el que concursan. No todos incluyen en su propuesta un **organigrama**.
- La cartera de servicios tiene un desarrollo variable.
- Se inclinan por las **secciones** y/o **unidades** como estructura organizativa interna, especialmente Torres (111) que lo desarrolla exhaustivamente. García da margen a un desarrollo ulterior.
- La **docencia** es muy similar en todos, pero la **investigación** está muy desarrollada por Alonso y García (108,110).
- Relaciones con unidades y AP, poco especificadas.

- Todos hablan de **calidad** y Alonso es quién más lo implementa.
- En cuanto a los **instrumentos de gestión** muy ampliamente desarrollados por Alonso, se evidenciaron amplias diferencias, desde un Plan estratégico (108) hasta pactos por consumo para otros autores (109).
- De estos cuatro proyectos presentados, la presente memoria se aproximó más al modelo propuesto por García. (107)

A continuación, realizaré un estudio similar de **diferentes hospitales nacionales**, de otras **Comunidades Autónomas** y con niveles distintos (11,112–114). Una diferencia cualitativa es que estos hospitales llevan funcionando años, por lo que debemos entender cierto continuismo a la hora de describir funciones, actividad, etc.

- Todos le dan importancia al marco geográfico y la mayoría disponen de hospital. de referencia.
- Del Val y Celdrán (112,114) proponen la **asignación de pacientes personalizada**.
- Definen las **consultas**, pero Del Val señala la dificultad para gestionarlo a la salida de la guardia puesto que tienen día fijo.
- Respecto a la **hospitalización**, se mantiene la confusión. Identifican un elevado nº de camas/servicio.
- Todos le dan una relativa importancia a la **CMA**.
- El personal de **guardia** está formado por 1-2 cirujanos dependiendo del hospital.

- El **organigrama** solo lo plantea Celdrán. No todos tiene jefes de sección, pero la mayoría proponen unidades por patología preferencial.
- La **cartera de servicios** es amplia en la que algunos incluyen cirugía vascular y obesidad.
- La **docencia** es parecida en todos. Un día a la semana no hacen actividad asistencial, solo docencia. Tienen **MIR** y docencia **pregrado** Del Val, Echenique y Celdrán (11,112,114).
- Los mecanismos para gestionar la calidad están poco desarrollados, excepto Echenique (11). Celdrán (114) tiene en funcionamiento muchos protocolos.
- Celdrán describe la **gestión por procesos**. Echenique identifica objetivos asistenciales cuantificables en consulta, hospitalización y quirófano, así como la metodología del cálculo de costes.

En este breve resumen se puede identificar la variabilidad en la organización y gestión de los servicios de cirugía, aunque esto solo sea una pequeña muestra.

A continuación, el autor se plantea unas posibles cuestiones que se presentan cuando se planifica un servicio quirúrgico, a modo de reflexión sobre el funcionamiento del mismo:

¿Cómo debemos organizar la actividad?

¿Se recomienda que la consulta sea personalizada? ¿Monográfica por patologías o unidades? ¿Con día fijo o variable?

¿Cómo se resuelve la salida de la guardia? ¿Se bloquea la consulta? ¿La pasa otro compañero? Son situaciones que se repiten con relativa frecuencia y no están del todo resueltas

¿Con qué criterios se definen las agendas?

¿Pocas camas de hospitalización con EM ajustada o muchas camas que le otorgan un teórico poder al servicio? Se plantea la hospitalización de corta estancia en algunos centros. La eficiencia está en el buen control de la EM. Los hospitales tienden actualmente a reducir el nº de camas y potenciar la asistencia ambulatoria.

¿Quién pasa la visita? ¿El residente si lo tienen, el cirujano de guardia, el médico que esté libre o se organiza por días? ¿A qué hora se realiza? ¿A primera hora, en las pausas entre los quirófanos, cuando se puede? Creo que no se le da a la asistencia en la hospitalización la importancia relevante que tiene en el cuidado de los pacientes y en la prevención de las complicaciones.

¿Cuántos más quirófanos mejor? Los rendimientos no están incluidos en la mayoría de las memorias. En algunos modelos de memorias, la UCMA no tiene una importancia relevante, aunque es la situación actual. Independientemente del modelo de UCMA lo prioritario es que exista el interés por esta forma de funcionamiento que mejora la calidad de la asistencia y la satisfacción de los pacientes, sin incremento demostrado del riesgo. Una buena información y selección de pacientes son premisas imprescindibles.

¿Es conveniente diseñar un organigrama? Pocos lo desarrollan. Creo que es muy importante conocer con antelación la actividad mensual, aunque surjan posteriormente pequeñas modificaciones. La programación es función del Jefe, al menos en este tipo de hospitales.

¿Se debe promover un modelo de organización en secciones o unidades? Es la tendencia actual, pero tiene sus ventajas e inconvenientes. Es importante el nº de facultativos y su capacitación, así como la existencia o no de Jefes de

Sección en la plantilla. Cuando hablamos de Unidades me refiero a multidisciplinares, no dentro del propio servicio. Quizás exista cierta confusión terminológica.

¿Se considera la docencia imprescindible para la formación continuada? Es casi idéntica en todas las memorias. Algunos servicios disponen de un día destinado a la semana prácticamente para la docencia. En nuestro caso es imposible, ni siquiera es factible plantearlo.

En este apartado sorprende cómo hospitales con actividad muy inferior al nuestro disponen de MIR y desde hace años. Quizás se deba al cupo autonómico. Igualmente ocurre actualmente con hospitales que disponen de un número inadecuado de residentes, superior a su capacidad de docencia.

¿Cómo han contemplado la gestión? Las memorias de los nuevos hospitales de Madrid han sido más completas especialmente Alonso. (105)

¿Qué importancia tiene la calidad asistencial? Está poco desarrollada. Algunos autores hablan de los procesos, que son una de las estructuras de gestión de la calidad organizativa más en boga. Creo que todos hacemos procesos, pero no los reflejamos en un mapa o flujograma.

5.3.2 DAFO

Este sistema es muy utilizado. (11,21,28,103,111) La matriz DAFO es una herramienta útil para sugerir soluciones a los problemas detectados. Con su análisis se formulan objetivos, estrategias y planes de actuación.

Consiste en una reflexión *a priori* sobre lo que creemos que va a ocurrir a corto y medio plazo. Es difícil acertar en todas las previsiones, especialmente las que

no dependen de nosotros mismos. Creo que es muy necesario cuando alguien se propone poner en funcionamiento un proyecto complejo, como es crear un servicio hospitalario. Las reflexiones sobre cómo está la situación, cómo se va a comportar el entorno y qué vamos a poder realizar son prioritarias a la hora de calcular las necesidades y plantear los objetivos. La dificultad surge especialmente ante un proyecto nuevo en el que todo es incertidumbre. Si hiciéramos en este momento un DAFO al HUIC, con el paso del tiempo, veríamos que algunas cosas han cambiado.

En relación con el **análisis externo**:

Centrándonos en las oportunidades, creo que la población valora positivamente el tener un hospital, su funcionamiento y la calidad de la asistencia. Lo confirman las encuestas de satisfacción. El disponer de docencia pregraduada y MIR ha sido un gran salto cualitativo en el reconocimiento de su labor asistencial y docente. Respecto a la relación con AP, seguimos abiertos a mejorar los criterios de derivación, puesto que tienen en el hospital médico consultor por especialidad y un correo electrónico del responsable de la unidad. A pesar de esas facilidades, debemos mejorar.

Las amenazas, tal y como eran las previsiones, se han modificado poco. Se confirmó la existencia de una población muy demandante, de alta frecuentación especialmente en el área de urgencias. En la UR de cirugía el mayor problema son las consultas sucesivas en la unidad de mama, gran parte consecuencia del escaso control que realiza AP con estas pacientes.

Si nos centramos en el **análisis interno**:

Las debilidades que se suponía que íbamos a tener, como las reclamaciones, la ausencia de radiólogos y analistas en el hospital, no se confirmaron. Hubo un

escaso nº de reclamaciones por escrito y los facultativos de ambas especialidades están presentes en el hospital y colaboran muy satisfactoriamente. Tuvimos un reducido número de reclamaciones escritas, que quizás tenga relación con el buen funcionamiento del hospital y de la UR. Se convirtió en una oportunidad, y quizás en una fortaleza.

El tema de la informática (Selene) ha hecho olvidar la historia clínica en papel, pero ha supuesto una mayor carga de trabajo administrativo, enlenteciendo especialmente la CEX. Ha redundado en un ahorro importante en secretarías puesto que realizamos la mayoría de la documentación clínica.

La poca experiencia de los profesionales se ha ido mejorando con el paso del tiempo. Actualmente, los facultativos están bien cualificados, son responsables y trabajadores.

Las fortalezas consideradas dentro del ámbito hospitalario fueron reales. Los tres equipos directivos que siempre facilitaron llevar a cabo los proyectos de forma consecutiva; el equipamiento, el interés de todos los profesionales, el funcionamiento con protocolos, etc.

La fortaleza respecto a las Instituciones extrahospitalarias, es decir, principalmente la Consejería de Sanidad, se convirtió en una inquietud constante especialmente en los años 2012 y 2013 con el intento de la externalización. Consiguió, sobre todo, crear un clima de tensión y mala relación entre los trabajadores que en algunos casos todavía persiste y ha actuado negativamente sobre la fidelización del personal con la Institución.

5.3.3 PLAN DE APERTURA DEL HOSPITAL

La plantilla de Cirugía General en el momento del comienzo de la actividad disponía de un Jefe y 7 FEAs. Ya se comentaba en el análisis del plan de gestión la conveniencia de que se necesitarían 9 médicos, con el fin de resolver la actividad con garantías, sin embargo el servicio se adaptó a los RRHH de los que disponía.

El **plan de apertura** del hospital previsto se realizó convenientemente en todas las unidades, incluyendo CGD. Las actividades se iniciaron en las fechas previstas y la derivación de pacientes desde la urgencia del H. de Getafe se hizo de forma coordinada.

Se puso en marcha el Plan Funcional de apertura diseñado al respecto y se calculó la probable actividad para el año 2008 y la necesidad de RRHH y materiales.

Se preparó toda la documentación necesaria para iniciar la actividad, la cual estaba disponible en "Selene". La enseñanza de la informática hospitalaria fue inadecuada, con lo que hubo que ir aprendiendo paulativamente, lo cual trajo como consecuencia demoras en la atención a los pacientes.

Los circuitos asistenciales definidos previamente funcionaron adecuadamente.

Se distribuyeron las patologías entre las unidades según la cartera de servicios de cada UR. Como indica Olea, este análisis de la competencia por patologías es prioritario para evitar confrontaciones. (112) El resultado fue satisfactorio, aunque hubo ciertas dificultades en alguna patología concreta. La definición de la actividad en el área de urgencias fue compleja puesto que es una zona en la que participan muchos profesionales de diferentes especialidades y de distintos estamentos.

Se habilitaron las áreas administrativas y se repartieron las plantas de hospitalización, las consultas y las salas de las pruebas funcionales, de una manera equilibrada y en relación a las necesidades de cada unidad.

5.3.3.1 NORMAS DE FUNCIONAMIENTO Y CARACTERÍSTICAS DE LAS ÁREAS DE ACTIVIDAD

Antes de describir cómo son las actividades diarias, se señalarán algunas normas de comportamiento. Es primordial el sentimiento como equipo y no como grupo, es la base del funcionamiento y del compromiso.

Características como el respeto, la ayuda al compañero, la puntualidad y la corrección son elementales.

Todo lo que se hace en la Unidad tiene su orden predefinido, desde el diseño de las guardias, la sustitución de las mismas, las prolongaciones quirúrgicas, los permisos, las vacaciones, la asistencia a cursos y/o congresos, la participación en las sesiones clínicas, el nº de sesiones quirúrgicas por semana (con un mínimo de dos), el nº de consultas semanales (una/por facultativo), etc.

5.3.3.2 ACTIVIDAD

Dentro de las iniciativas que se desarrollarán posteriormente, la mayoría estaban previstas desde el inicio de la actividad y otras se pusieron en marcha para adaptarnos al funcionamiento del resto del hospital. Esta forma organizada de la actividad diaria ha conducido a unos razonables resultados.

Consulta

En cuanto a la actividad, ya se suponía que el nº de primeras consultas anuales (4.996) superaría a las sucesivas (2.028), con un índice S/N de 0,69.

Hubo que incrementar dos consultas a la semana para adaptarnos a la demanda.

Los cálculos de tiempos en las consultas se ajustaron a la realidad. Debemos pensar que el programa informático tiene sus complicaciones y es más lento.

No tuvimos problemas con el tiempo de demora de primeras consultas ni de preferentes, aunque los médicos de AP tienen los criterios dudosamente asimilados a nuestro entender.

La consulta de enfermería nos facilitó mucho el trabajo, puesto que realizó todas las funciones que estaban previstas.

Hospitalización

Se cumplió sistemáticamente el horario prefijado de las 9:30 horas.

La visita, como estaba estipulado en el proyecto, la pasó el **mismo facultativo durante cinco días seguidos**, con el fin de conocer bien a los pacientes y que éstos y sus familiares tuvieran la misma referencia durante varios días. El cirujano que opera al paciente puede colaborar en las decisiones con su compañero.

Tras revisar la bibliografía y las memorias de otros jefes, este punto no parece quedar totalmente claro. A nuestro modo de ver la cirugía no consiste solamente en operar. Una buena visita puede prever complicaciones postoperatorias precozmente, por lo que tiene una vital importancia y del mismo modo puede facilitar el alta del paciente. El cirujano de guardia acompañó en la visita de manera sistemática al responsable de la hospitalización. Desde mi punto de vista se pueden complementar las labores asistenciales y los conocimientos.

Los cirujanos tenemos la buena costumbre de visitar a los pacientes todos los días, por lo se mantiene un 20% de altas en fin de semana. Considero que es un criterio de eficiencia y de calidad importante que el paciente no permanezca ingresado hasta el lunes si no es necesario.

Las dificultades para la prescripción de Farmacia antes de las 13:00 horas se fueron subsanando y ya no supone un problema en nuestro funcionamiento.

En relación con la actividad, no se necesitaron más de las 15 habitaciones previstas. Tuvimos 497 altas hospitalarias anuales, con una EM de 4,73 ajustada a la media de los servicios de CGD.

Quirófano

Se estableció la hora de llegada al bloque quirúrgico a las 8:15-8:20, con el fin de iniciar la cirugía a las 8:30 horas. Este horario se cumplió adecuadamente.

La utilización del quirófano fue del 75%, límite bajo de las previsiones, pero ya indicábamos su posible menor rendimiento causado por la novedad de los circuitos, capacitación del personal, esterilización externalizada, etc.

Se cumplieron las previsiones respecto a las intervenciones quirúrgicas programadas con un total de 634, puesto que hubo que iniciar casi a la vez la consulta y, además, la disponibilidad de quirófano fue limitada. Las cirugías urgentes (0,77/día), estuvieron algo por debajo de las previsiones. Muchos pacientes seguían acudiendo a su hospital habitual (H. U. de Getafe).

La tasa de suspensiones fue baja (3,3%), situándose por debajo de la ratio estándar (5%).

Urgencias

El cirujano responsable de la guardia no tuvo ninguna actividad programada, exceptuando la época de vacaciones, con el fin de facilitar las mismas. El personal de guardia empezó, según las previsiones, uno de presencia y otro con guardia mixta. La actividad quirúrgica nocturna fue relativamente escasa, ya que disponíamos de un quirófano para la urgencia durante todo el día.

No se pudo identificar toda la actividad de la urgencia al no tener administrativamente adjudicados los pacientes. Dicha situación no facilitó el conocimiento real de nuestra actividad en urgencias.

5.3.3.3 ATENCIÓN PRIMARIA

Hemos mantenido el contacto permanentemente, reevaluando algunos pactos de derivaciones y las indicaciones, lo cual fue satisfactorio para ambas partes.

5.3.3.4 ESPECIALIDADES MÉDICAS DEL HOSPITAL

Se mantuvo una buena relación, lo cual es importante si buscamos una buena colaboración. Acudieron todos los jueves a las sesiones clínicas del servicio.

5.3.3.5 CENTROS DE REFERENCIA

Hubo una buena colaboración con el hospital de referencia, manteniendo contactos permanentes vía telefónica o e-mail. La mayor relación ha sido con los servicios de CGD, Cirugía Torácica y Medicina Nuclear del H. de Getafe.

Algunos facultativos fueron invitados a dar sesiones en nuestro hospital, lo que facilitaba el contacto.

5.3.3.6 PLANIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD

Todos los meses se planificó la actividad correspondiente a cada facultativo. Se inició con día fijo en consulta, sistema rotatorio de guardias, la hospitalización el mismo médico de lunes a sábado y el quirófano al menos dos días/semana. También se incluía la actividad docente y la formación continuada. Siguiendo este modelo organizativo la actividad del servicio consiguió unos resultados que consideramos adecuados con respecto a las previsiones.

5.3.3.7 GESTIÓN ORGANIZATIVA

Desde el inicio del hospital se implicó a los facultativos en esta función de organización y gestión. Obviamente, se les instruyó en cuestiones elementales organizativas. Creo que esta forma de comprometer a los médicos en la microgestión es positiva.

5.3.3.8 DOCENCIA, FORMACIÓN CONTINUADA E INVESTIGACIÓN

Se nombró responsables en cada área: docencia de MIR (para cuando los tuviéramos), formación continuada (con el fin de organizar las sesiones clínicas que se iniciaron paralelamente a la actividad asistencial), y Comisión de investigación (un FEA participaba como miembro de la misma).

Se asistió a cursos y congresos de la especialidad, lo cual ayudó a incrementar la motivación de los profesionales.

La actividad científica fue escasa, quizás justificada porque tuvimos bastante actividad asistencial, pero si iniciamos el diseño de protocolos, etc.

5.3.3.9 CALIDAD

Las reclamaciones fueron escasas y se relacionaron la mayoría con la demora en la atención en urgencias, al estar operando los cirujanos de guardia. Una posible forma de reducirlas fue que los médicos de la urgencia atendían a los pacientes para que no esperaran mucho tiempo.

Se inició desde el principio el control de las reintervenciones y la mortalidad. Al ser un periodo de actividad de 9 meses las cifras son escasas. Uno resultados de 1,6% de reintervenciones y 0,6% de *exitus* fueron considerados correctos.

La participación en las Comisiones hospitalarias fue buena para los facultativos y para el hospital. Todos se implicaron en las mismas.

5.3.3.10 PACTOS POR OBJETIVOS

Resultó ser una manera práctica de funcionamiento e integrada dentro de la Unidad, puesto que siempre incluíamos en los objetivos de la Unidad o en los individuales temas que interesaban a todos (diseño de protocolos, normas de funcionamiento, procesos asistenciales, actividades docentes, planes de inversiones, etc.).

El compromiso en su realización fue absoluto, cumpliendo el 100% de los individuales. Era preciso elaborar un informe anual para su evaluación.

5.3.4 CÁLCULO DE LAS PREVISIONES DE ACTIVIDAD

Se hizo un cálculo prospectivo de aproximación, de un 30% de la patología que asumía el servicio de CGD del H. U. de Getafe (Tabla 3).

En CEX se calculó un mínimo de dos al día. Se inició con 7, pero al acabar el año había 9 y en 2009 ya teníamos 11 consultas/semana. Las previsiones en la consulta de mama, al incrementarse las sucesivas y no disponer de CEP, no se ajustaron a la realidad al tener más frecuentación. Debemos considerar que en el H. U. de Getafe la patología mamaria la ven también en Ginecología (no incluido en las previsiones). Respecto al nº de pacientes que acudirían a la CEX la cifra prevista estuvo en la media entre los años 2009 y 2010.

En relación con la hospitalización, el nº de altas anuales calculado (1.060) superó las previsiones. La posible justificación fue el mayor % de pacientes en régimen de CMA con respecto al hospital tomado como referencia, y también podría estar en relación con la alta frecuentación en urgencias.

Con respecto a las IQ anuales si a las previstas le añadimos los 100 pacientes de otros seguros, saldrían 1.451 cifra muy similar a las previsiones del 2009 (1.506).

El nº de quirófanos de la fase de apertura pronto se vio insuficiente y se dispuso de un mínimo de 8 quirófanos durante 3 años, que eran las previsiones.

En relación con la urgencia las estimaciones eran de una IQ/día, así fue en el inicio y se mantuvo en todo el periodo de estudio.

Si exceptuamos el año 2008 con la apertura al final de marzo, los cálculos se asemejan razonablemente a la realidad del 2009. No es fácil hacer prospecciones sanitarias, puesto que hay muchos factores que modifican la frecuentación. A pesar de ello, creo que es una ayuda para aproximarse a las necesidades de la Unidad, especialmente en cuanto a la relación de actividad y previsiones de RRHH.

5.3.5 PLANES FUNCIONALES RESULTADOS 2008-2015

5.3.5.1 ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS COMPLEMENTARIOS

Si analizamos los estudios radiológicos (Tabla 4), la mamografía y la RMN (mamaria y hepática) fueron pruebas diagnósticas que tuvieron un lento incremento con el tiempo. Las razones podrían haber sido el mayor nº de pacientes en la consulta de mama y la inclusión en la cartera de servicios del manejo de las metástasis hepáticas. El resto de los exámenes radiológicos fluctuaron poco.

Las biopsias se relacionan directamente con la actividad quirúrgica, tanto es así que el año de mayor nº de IQ fue el 2014, coincidente con el mayor nº de biopsias.

5.3.5.2 CONSULTA

Las **ITC** (Tabla 5) derivadas a la consulta dentro del propio hospital se incrementaron desde 1.000 en el 2009 a 1.656 en el 2014, con una media de 1.371/año. Las ITC en hospitalización cumplían una media de 149, lo que corresponde a una cada 2,5 días; esto reflejó que no se sobrecargaba en exceso al médico que pasaba la planta, que era el responsable de ver a estos pacientes.

No existía día fijo en consulta para el cirujano, solo las monográficas de mama, endocrino y colon tenían día fijo semanal. Resultó inviable después de múltiples intentos conseguirlo, a pesar de que era petición de la CS. No diseñamos consultas de alta resolución ya que la CS cambió las especificaciones.

En la **CEX de CGD** (Tabla 6, Fig. 12) se puede ver un progresivo incremento de la actividad con un pico en el 2014 (11.573 pacientes), asociado al aumento razonable del índice sucesivas/primeras.

La **CEX de mama** (Tabla 7, Fig. 13) fue creciendo con el tiempo, especialmente las sucesivas. Esta consulta monográfica influye directamente sobre el índice S/N del total de las consultas de CGD. La única fórmula para mejorar es intentar aumentar el nº de altas a AP, pero sin que nos vuelvan a enviar a las pacientes sin una causa justificada.

Mejoramos claramente en el nº de pacientes que no acuden a la CEX (Tabla 6), de un 14,86% a un 8,64%, alcanzando un valle del 7,66% en 2014. Una posible explicación de esta reducción en las ausencias podría ser que a los pacientes se les enviaba un mensaje de texto recordatorio de la consulta.

La **mama sin** (Tabla 7, Fig. 13), aunque no tuvo una gran actividad, nos permitió gestionar rápidamente altas de pacientes y/o peticiones de revisión a largo plazo. La paciente recibía un informe por correo con los resultados y la decisión facultativa. Es una actividad que debemos incrementar.

En nuestro hospital está en funcionamiento desde su origen la **Unidad multidisciplinar de mama**, en la que el proceso compartido fue asumido por todos los integrantes con una cabeza visible y en la que todos aportaban sus conocimientos. Sin embargo, las agendas de consulta estaban sobrecargadas, muchas veces para solicitar pruebas o controles. Creo que la paciente debe salir del servicio de Radiodiagnóstico con el diagnóstico completo. (115)

En la consulta adaptamos las recomendaciones sobre los criterios de riesgo de las pacientes en relación con la historia familiar indicados por el SMS, con la finalidad de minimizar la variabilidad en el manejo diagnóstico. (116)

En algunos centros hospitalarios nacionales la gestión de las pacientes con patología mamaria se centraliza en el Servicio de Radiodiagnóstico, mediante lo que se denomina el **Acto único** y no en la consulta de la Unidad de mama. Supuso para los hospitales donde se ha implantado una importante reducción de consultas en la Unidad, acortando el circuito, además de disminuir el nº de indicaciones quirúrgicas. (117,118)

En el año 2015 se implantó en nuestro hospital la **consulta de patología colorrectal**. Tenía dos objetivos concretos, facilitar el circuito rápido de diagnóstico del carcinoma, con el fin, de alcanzar el tratamiento en el menor tiempo, y evaluar el resto de las patologías reduciendo la variabilidad clínica. Se elaboró un protocolo de manejo del proceso “carcinoma colorrectal” con el resto de servicios implicados en dicha patología. También es responsabilidad de los facultativos de esa consulta el control de la trazabilidad en el cáncer de colon, que consiste en intentar que el paciente esté tratado en un periodo máximo de 40 días desde que acude al hospital. No siempre lo hemos conseguido, especialmente por la demora en los estudios de extensión complementarios o por la consulta de preanestesia. (119)

La consulta de **endocrinología** llevaba menos tiempo funcionando, pero los resultados fueron bien valorados por pacientes y facultativos.

Se realizan algunos **procedimientos menores** como biopsias de mama, ligadura de hemorroides, colocación de setones, etc.

Consulta de enfermería. La implicación de la enfermera y de la auxiliar fue de vital importancia en la labor asistencial del servicio. Realizaron todo tipo de actividades incluidas en el proyecto original (Tabla 8): curas, retirada de drenajes, entrega de informes de Anatomía Patológica, control de ostomías,

etc. Además, fueron proactivas en la docencia al aprender técnicas en otros centros, enseñar sus conocimientos, y presentar comunicaciones y publicaciones de artículos.

5.3.5.3 HOSPITALIZACIÓN

Desde el año 2013 una **médico de Medicina Interna** nos acompañaba en la visita, lo cual ha mejorado sustancialmente el manejo postoperatorio de los pacientes.

La estancia en los 16 GRDs identificados, como se puede ver en la tabla 9, está por debajo de la media de la CAM. Bien es cierto que es un análisis transversal, pero como se apreciará posteriormente en el estudio de lametrics hemos continuado ahorrando estancias al hospital.

El nº de altas anuales, que se puede observar en la tabla 10, solo superó los 1.000 pacientes en el 2014, y nos manejamos entre 941 y 985 en el resto de años. El nº de ingresos anuales oscilaba entre 908 y 981. En la hospitalización las previsiones prospectivas de tener más de 1.000 altas/año no se cumplieron, lo cual indica que la actividad ambulatoria era muy razonable y que los pacientes deberían permanecer en el hospital solo el tiempo necesario.

Rara vez se utilizaron más de las 15 habitaciones previstas, ya que la EM fue descendiendo y la cirugía en CMA se mantuvo en parámetros elevados.

La mayoría de los procedimientos urgentes precisaron ingreso, con una tasa de IQ urgentes entre el 32% del 2014 y el 45% del 2010, estableciéndose una mayor diferencia en los años 2014, 2013 y 2015 (tabla 15 y Fig.16).

5.3.5.4 QUIRÓFANO

Bloque o área quirúrgica es el conjunto de locales hospitalarios destinados a la actividad quirúrgica, pero también incluye los procesos asistenciales, el personal que los ejecuta y otros factores relacionados.

Dentro de la estructura se identifican dos factores prioritarios: el Comité de quirófanos y la figura del Coordinador. En el hospital no disponíamos de Coordinador del bloque quirúrgico, pero si había desde su origen un Comité quirúrgico que se reunía todos los jueves. Estos colectivos deben trabajar con el mismo objetivo y corresponsabilizarse de los resultados medidos en efectividad y eficiencia. El compromiso del personal es la clave del éxito, precisando unas adecuadas relaciones mutuas y fijando metas comunes. Debe existir una normativa de funcionamiento consensuada en la que se incluyan conceptos como rendimiento quirúrgico, hora de entrada, tiempos muertos, circuitos, etc.

La tasa de cancelación se considera como un criterio de calidad. En el **Comité quirúrgico** se analizaban semanalmente la tasa de suspensiones y las prolongaciones del parte quirúrgico. En el cuadro de mandos mensual se incluía la tasa de suspensiones por UR.

La **programación** debía ajustarse al procedimiento y a quienes lo realizan. (75–77) No fue fácil programar el parte quirúrgico puesto que existen múltiples circunstancias que condicionan su modificación diariamente. En hospitales como el nuestro es responsabilidad del Jefe de Unidad. Nosotros disponemos de una LEQ única en la que aparecen las prioridades oncológicas, los pacientes preferentes y la prioridad normal. Con estos criterios basados en el

riesgo de los pacientes y en la equidad, se diseña el parte de manera coherente.

En las Unidades o áreas de capacitación específica del servicio el paciente es operado por el equipo. La cirugía más habitual (como puede ser la hernia, la coleditiasis, etc.) las interviene el cirujano que está en quirófano, pero sabe con suficiente antelación qué pacientes tiene que operar.

World Health Organization		LISTA DE CHEQUEO QUIRURGICO		ANESTESIA CORUS S.A.	
Antes de la Inducción anestésica		Antes de la incisión		Antes de la salida del quirófano	
INGRESO		PAUSA		SALIDA	
<input type="checkbox"/> EL PACIENTE HA CONFIRMADO -IDENTIDAD -SITIO -PROCEDIMIENTO -CONSENTIMIENTO		<input type="checkbox"/> CONFIRMAR LA IDENTIFICACION Y FUNCION DE CADA PERSONA EN EL QUIROFANO <input type="checkbox"/> EL CIRUJANO, ANESTESIOLOGO Y ENFERMERA CONFIRMAN VERBALMENTE -PACIENTE -SITIO -PROCEDIMIENTO		<input type="checkbox"/> ENFERMERIA CONFIRMA CON EL EQUIPO <input type="checkbox"/> LA CIRUGIA REALIZADA <input type="checkbox"/> CONTEOS COMPLETOS DE CORTANTES, GASAS COMPRESAS (O NO SE APLICA) <input type="checkbox"/> COMO SE MARCARON LAS MUESTRAS (INCLUYENDO EL NOMBRE DEL PACIENTE) <input type="checkbox"/> EXISTIERON PROBLEMAS DE EQUIPOS QUE DEBAN SER DISCUTIDOS	
<input type="checkbox"/> SITIO MARCADO / NO APLICA		EVENTOS CRITICOS PROBABLES <input type="checkbox"/> EL CIRUJANO HACE UN ANALISIS: CUALES SON LOS PASOS CRITICOS, O INESPERADOS, LA DURACION DE LA CIRUGIA, Y LA PERDIDA ESTIMADA DE SANGRE?		<input type="checkbox"/> EL CIRUJANO, ANESTESIOLOGO, Y ENFERMERIA HACEN LAS CONSIDERACIONES PARTICULARES PARA LA RECUPERACION Y MANEJO POP DEL PACIENTE	
<input type="checkbox"/> LISTA DE CHEQUEO ANESTESICO COMPLETA: MAQUINA, MEDICACIONES ELEMENTOS <input type="checkbox"/> PULSOXIMETRIA FUNCIONANDO EN PACIENTE		<input type="checkbox"/> EL ANESTESIOLOGO HACE UN ANALISIS: EXISTEN DIFICULTADES ESPECIFICAS DEL PACIENTE? <input type="checkbox"/> INSTRUMENTACION HACE UN ANALISIS: SE HA VERIFICADO LA ESTERILIDAD (INCLUYENDO INDICADORES)? HAY PREOCUPACIONES O PROBLEMAS CON EL EQUIPO?		<input type="checkbox"/> CONSIDERACIONES PARTICULARES: <input type="checkbox"/> PROFILAXIS TROMBOSIS VENOSA <input type="checkbox"/> CUIDADOS INTERMEDIOS / INTENSIVOS <input type="checkbox"/> ANALGESIA POSTOPERATORIA	
TIENE EL PACIENTE? ALERGIA CONOCIDA? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> SE HA ADMINISTRADO PROFILAXIS ANTIBIOTICA EN LOS ULTIMOS 60 MINUTOS? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SE APLICA		<input type="checkbox"/> OTRAS <input type="checkbox"/> ANESTESIOLOGO PRESENTE AL TERMINAR CASO	
RIESGO DE VIA AEREA DIFICIL / BRONCOASPIRACION? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, Y HAY EQUIPO Y AYUDA DISPONIBLE		<input type="checkbox"/> ESTA DISPONIBLE LA IMAGENOLOGIA NECESARIA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SE APLICA			
RIESGO DE HEMORRAGIA >500ML (7ML/KG EN NIÑOS)? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Y SE HAN PLANEADO ACCESO IV Y FLUIDOS ADECUADOS					
NOMBRE / SELLO		NOMBRE / SELLO		NOMBRE / SELLO	

ESTA LISTA DE CHEQUEO NO PRETENDE SER EXHAUSTIVA. SE RECOMIENDA QUE SE HAGAN ADICIONES, MODIFICACIONES PARA EL EJERCICIO LOCAL.
 TRADUCIDO Y ADAPTADO DE LA LISTA DE CHEQUEO DE LA OMS 2008- COMITÉ DE SEGURIDAD SCARE

Figura 22. Lista de chequeo quirúrgico propuesta por la Organización Mundial de la Salud.

Lo primero que hay que hacer antes de pasar el paciente a quirófano es el **check list** por parte de enfermería, anestesia y cirugía. Desde el año 2011 se implantó en el bloque quirúrgico del hospital. No siempre se realiza de forma adecuada, pero es un criterio especialmente de seguridad del paciente.

Habitualmente se dispone de 10 quirófanos semanales y ocasionalmente 11.

Las tablas 11, 12, 14 y 15, y las figuras 14, 15 y 16 reflejan la **actividad quirúrgica de la Unidad**. La actividad media resultante es aproximadamente unas 1.770 intervenciones anuales con unas 1.300 de cirugía electiva. En la tabla 12 se especifica la comparación entre la cirugía con hospitalización y CMA, resultando todos los años una proporción favorable a la cirugía sin ingreso.

Los rendimientos han variado entre el 75% en 2008 y el 92% en 2015. Los tiempos quirúrgicos prolongados observados en el análisis del Plan Funcional inicial de 2008 podrían explicarse, al menos en parte, por la experiencia quirúrgica de los cirujanos. El Jefe del Servicio de CGD asumió la responsabilidad que le correspondía en relación a este hecho y consideró que los tiempos mejorarían a medida que aumentara la experiencia de los miembros de su equipo. Los resultados posteriores confirmaron las expectativas, con una mejoría progresiva. La responsabilidad del resto de los problemas de los circuitos del quirófano, que eran en general de índole más compleja debido a que dependían de muchas personas, fue derivada a otros profesionales.

En el informe del MSC del año 2005 se indicó que el 51,8% de las IQ se realizaron con hospitalización de las que el 23,3% fueron IQ urgentes, y solo el 23,7% fueron CMA. Considera como norma y primera alternativa asistencial la CMA para un importante tipo de procedimientos. En la actualidad, en CGD está en un 50% y la unidad de CGD lo mejoró todos los años. (75–77)

La **CMA** es un modelo organizativo óptimo de asistencia sanitaria quirúrgica que permite tratar a los pacientes de una forma efectiva, eficiente y segura sin necesidad de ingreso hospitalario. Se definieron los criterios de selección de

pacientes, los procesos a incluir, los circuitos asistenciales y un programa de control de calidad.

Existen cuatro tipos de unidades: integrada, separada o independiente, satélite y la que es totalmente independiente. Martínez le da el valor más positivo a la separada, aunque necesita más inversiones; sin embargo, a la integrada le da un escaso futuro. La nuestra es integrada y funciona adecuadamente. Las ventajas que le veo son que no hay que invertir más dinero en los recursos humanos y materiales y que se pueden utilizar procedimientos de CMA para cumplimentar algunos partes quirúrgicos, aunque se suelen programar quirófanos específicos de CMA. La mayor o menor implicación en realizar esta patología, que es un punto de crítica en la bibliografía, se debe resolver con el compromiso de los facultativos. Martínez considera vital el trabajo en equipo especialmente en patologías poco gratificantes para los cirujanos. (87) Martínez y González (82) ven un punto crítico del funcionamiento en el tiempo muerto entre las operaciones y abogan por un servicio clínico propio con infraestructura independiente.

Mi primera experiencia sobre la CMA tiene su origen en el H. Virgen de la Salud (Toledo), al principio de los años 90. El resultado fue satisfactorio y fue el germen de la UCMA de Toledo que es unidad satélite ejemplar en todo el territorio español. (120)

En el artículo de Calle (121), que analiza los índices de sustitución en relación a la patología de cirugía general, encontramos: quiste pilonidal 65,35%, procedimientos sobre ano y estomas 58,42%, hernia < 18 años 54,75%, hernia inguinal y femoral > 18 años 46,29%, hernia excepto las anteriores 41,26%. El autor evidencia la alta variabilidad entre los hospitales comparados en el

estudio. Si los comparamos con el índice de sustitución de la UR (Tabla 13), aunque es un informe de la CS del año 2010, mantenemos las mismas cifras y son comparativamente mejores. Este criterio de la potenciación de la CMA continúa de manera activa e incluso se han aumentado los procedimientos.

Remeseiro (122) diferencia dos conceptos: el índice de sustitución (n° de GRDs ambulatorizables/ n° total de GRDs potencialmente ambulatorizables) y la tasa de ambulatorización (proporción de IQ realizadas de forma ambulatoria sobre el total de procedimientos quirúrgicos). El índice de sustitución lo considera un criterio de eficiencia. Para el SNS en el año 2010 la tasa de ambulatorización fue del 43,04%. En nuestro servicio las cifras variaron entre el 51,4% y el 58,5% (Tabla 14). El análisis de comparación de proporciones fue significativo. Es complejo superar estos límites puesto que los procedimientos cutáneos y algunos lipomas los opera el servicio de Dermatología y porque en algunos años por problemas de infraestructura se han derivado pacientes para ser operados en otros hospitales y siempre son procedimientos ambulatorios.

Desde la Asociación Española de CMA, Bustos (84) puso en marcha el proyecto Directorio de Unidades de CMA (DUCMA) para conocer el estado actual de la CMA en España. Las conclusiones fueron que: la mayoría de las unidades son integradas (como la de nuestro hospital), el responsable suele ser un anestesista o un cirujano, los pacientes son ASA I, II y en ocasiones III estables, en todas las unidades se operan pacientes de CGD, en más del 50% hay consulta de preanestesia y en más del 80% se monitorizan indicadores de calidad.

La calidad y la seguridad de los pacientes operados en CMA para Viñoles(123) deben ser las mismas que la de los hospitalizados, para lo cual los criterios de

alta deben ser claros y precisos. Se elaboró una vía clínica en relación con la CMA, que se encuentra recogida en el [Anexo 8](#). Es una guía perfecta para médicos, pacientes y familiares.

En un estudio retrospectivo Olsen (124) analizó la tasa de infecciones en el sitio quirúrgico en tres procedimientos de cirugía en CMA: la colecistectomía (0,8%), la hernioplastia (1,1%) y la cirugía conservadora de mama (1,6%). Además, indicó cómo repercute la tasa de infección sobre los costes.

En relación a la **Tasa de suspensiones** (Tabla 16), con los criterios tan amplios que tiene la CAM fue complicado bajar del 5%. Analizando internamente los que corresponderían por mala programación o prolongación de cirugía previa, la reducción fue del 40%. Resultaba complejo entender que la no presencia del paciente, el no respetar las ayunas o la inadecuada preparación por su parte nos suponga esta penalización.

En los años 2009-2015 de plena actividad, la tasa media fue del 5,59%, superando el 5% todos los años excepto en 2014, curiosamente el año de más actividad en la Unidad ($p=0,002$).

5.3.5.5 URGENCIAS

El personal de guardia se fue modificando y se mantuvieron dos cirujanos de presencia física. Se contrataron facultativos exclusivamente para esta actividad.

En las tablas 11 y 15 y en la figura 16 se ven las cifras y las diferencias entre la cirugía programada y la urgente. La media anual se mantuvo con discretas oscilaciones alrededor de una al día, que corresponden a las previsiones iniciales.

El análisis estadístico mostró una $p < 0,001$ durante todos los años, lo cual indicó que nuestra mayor actividad quirúrgica fue proporcionalmente la cirugía programada. Éste fue un buen criterio de efectividad y eficiencia.

5.3.6 PLANIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD. GESTIÓN ORGANIZATIVA

A continuación, se expone una pequeña reflexión sobre otras formas de organización interna de los Servicios o Unidades, como son los Institutos y las Unidades Clínicas. Respecto a los **Institutos** lo cierto es que actualmente existen de forma anecdótica, pero con buenos resultados. En relación a las **Unidades Clínicas multidisciplinarias**, podrían ser la mejor forma de gestión para los procesos de los pacientes.

La organización hospitalaria clásica tiene una gestión vertical. Se debe intentar que sea más dinámica, transversal y participativa. Esto requiere coordinación, planificación y adaptación a un nuevo modelo de funcionamiento que sobrepasa incluso a la Unidad y se coordina con otras unidades clínicas del hospital. Los nuevos modelos de organización tienen dos problemas, uno de gestión de los recursos económicos y otro la selección de los RRHH y especialmente del responsable. Los médicos somos un personal con excesivo protagonismo y, sobre todo, los quirúrgicos. Si complejo es organizar tu propia UR, debemos asumir que gestionar procesos significa, en ocasiones, funcionamientos multidisciplinarios en los que en ocasiones la primera dificultad que surge es quién lo lidera.

La tabla 17 refleja la distribución semanal de la actividad de CGD, en la que también se incluyen las consultas de Ginecología. Esta planificación se hacía

mensualmente. Se identifican bien los quirófanos de CMA y mama. Donde aparecían números, se ubican los nombres de los facultativos que realizarán dicha actividad.

Como se indicó en otras partes del trabajo, no hay jefaturas de sección; pero sí facultativos más implicados en la responsabilidad de la gestión de todas las áreas de actividad de la unidad. Quienes más actividad tuvieron fueron los responsables de quirófano, CEX, hospitalización y docencia. El responsable, el jefe y algún facultativo más se reunían con el personal de enfermería y supervisores respectivos al menos una vez al año, para analizar el funcionamiento, las necesidades, la relación personal, etc. Si existía algún asunto problemático se efectuaban con más frecuencia. Considero que es positivo que todos colaboremos conjuntamente en la asistencia a los pacientes y en el compromiso con la organización.

Otra parte que se ha ido desarrollando dentro de CGD ha sido la capacitación profesional. En la tabla 18 se puede ver el reparto de patologías en relación al nº de cirujanos de la UR. Se ha mejorado en protocolización asistencial, circuitos, se ha reducido la variabilidad clínica, en definitiva, la UR fue más efectiva y eficiente.

Olea (103) en su tesis doctoral sobre dos formas diferentes de organización y gestión, una clásica y otra basada en la gestión clínica, se circunscribe sobre todo a realizar estudios comparativos sobre dos periodos de gestión, con resultados globales del segundo mejores. Describe ampliamente las funciones del jefe de servicio al que considera una pieza básica en las nuevas formas de gestión y valora como importante el perfil del puesto de los facultativos. Otras características de su análisis consisten en el diseño de un organigrama de

distribución de las actividades, el manual de normas y funcionamiento, la motivación apoyada en entrevistas personales y la promoción profesional.

Echenique (11) define claramente los objetivos a realizar y reflexiona sobre el cambio intrínseco del hospital pasando del estado científico al de la gestión y compara al Jefe de Servicio con un facilitador de tareas o gestor de recursos. El liderazgo se acepta si, además, tiene conocimientos profesionales. Las dos tareas que considera más relevantes en la figura del jefe son la adopción de decisiones de política hospitalaria y la conducción del equipo humano. Centra la actividad en el paciente.

Gómez (125) califica la organización clásica del servicio como vertical y cerrada. Es más proclive a las macrocompetencias (liderazgo, trabajo en equipo, capacidad de comunicación, toma de decisiones, orientación al cliente, etc.) y a los resultados, visión estratégica, gestión de conflictos y relaciones interpersonales. Propone la creación de Unidades asistenciales definidas por patologías y con carácter multidisciplinario, y considera la programación quirúrgica como responsabilidad de los jefes de las unidades. Refiere que el 50% de las UCH son quirúrgicas y considera relevante el registro de efectos adversos ya que el quirófano es un área de riesgo elevado. Creo que todavía no se está especialmente concienciado en el registro de los efectos adversos (miedo a la penalización, denuncias).

Del Val, Serra, Celdrán (114,113,112) nos plantean en sus memorias de gestión unos Servicios de Cirugía clásicos en su organigrama y funcionamiento.

Mendoza (126) define la estructura orgánica y funcional de un Departamento de Cirugía constituido por varios servicios quirúrgicos. Da mucha importancia a

las funciones del jefe y de los facultativos, además de a las responsabilidades de los equipos de trabajo, las cuales simplifican y flexibilizan la organización.

(126)

Todas las memorias consultadas (9,108–114) tienen su apartado sobre las funciones del jefe. Considero importante el perfil del jefe, destacando especialmente la capacidad de liderazgo, como condición imprescindible para llevar a cabo las funciones que le son encomendadas. Un buen jefe podría liderar un deficiente proyecto, pero un jefe inadecuado sin liderazgo reconocido por su equipo haría fracasar un buen proyecto.

García (110) hace hincapié en la responsabilidad del Jefe de Servicio en la gestión y define sus funciones. Le da mucha importancia al protocolo quirúrgico como documento clínico y médico-legal. (127)

5.3.7 CARTERA DE SERVICIOS

Las modificaciones realizadas a lo largo de este periodo se especificaron en el apartado de “Resultados”.

Se amplió la cartera de servicios, desde la base de hacer bien lo que se sabía hacer y aprender o perfeccionar el resto de los procedimientos. Para eso se acudió a centros privilegiados en las patologías oncológicas.

En el último año del estudio se dejaron de operar los carcinomas de esófago, puesto que su postoperatorio desde el punto de vista respiratorio resultó muy difícil, sin que los pacientes tuvieran más complicaciones relacionadas con la IQ (hemorragia, fístula, etc.).

5.3.8 RELACIONES CON OTRAS UNIDADES, AP Y H. DE

REFERENCIA

Desde el principio de la actividad se consensuaron protocolos de derivación, circuitos, cartera de servicios con los responsables de las otras unidades, AP y H. de Getafe. Se han realizado pequeñas modificaciones o matizaciones, pero la colaboración sigue siendo bastante buena.

El mayor problema ocurrió con AP, porque a pesar de los pactos, las reuniones, los documentos, el correo electrónico y el médico consultor, se siguieron haciendo las cosas de manera aleatoria. Esporádicamente se tuvieron reuniones con los responsables, todo quedaba bastante claro, pero luego se mantuvieron los problemas. Posibles explicaciones para esta situación podrían ser: una transmisión de la información de los directivos de AP a su personal no suficientemente explícita, la sobrecarga asistencial como causa del incremento en la derivación de pacientes, el continuo cambio de facultativos, etc.

5.3.9 DOCENCIA Y FORMACIÓN CONTINUADA

Pregrado

Una ilusión extraordinaria fue la presencia de los alumnos de la UCM, los cuales compensaron al servicio con sus evaluaciones, con una media por año de 4,4 sobre 5. Ésta fue la buena línea de trabajo y compromiso con la docencia. Valoraron especialmente la organización del servicio y de la rotación, la integración en el equipo y la facilidad para acudir todos los días al quirófano como ayudantes.

También consideraron positiva su participación en las sesiones clínicas, presentando casos, así como el nivel de las mismas.

Postgrado-MIR

Después de recibir la negativa del Ministerio de Sanidad a tener residentes, se hizo un intento para compartir los MIR del H. U. 12 de Octubre o del H. U. de Getafe, no obteniendo el fruto deseado.

El Servicio decidió de nuevo en el año 2014 que quería residentes. Hubo contactos con los Jefes del H. U. 12 de Octubre para formar una Unidad Docente Asociada y la respuesta fue negativa.

Posteriormente, se han mantenido conversaciones con Jefes de Servicio de Cirugía de la CAM con la intención de que sus residentes tengan un periodo de rotación con nosotros. Seguiremos insistiendo porque lo consideramos beneficioso para los MIR y para la Unidad. Es un objetivo prioritario y quizás los residentes se beneficien de estar en el hospital como está ocurriendo con los alumnos de Medicina.

También se está a la espera de la implantación de la troncalidad.

Formación continuada

Todos los años los facultativos de la Unidad acuden a congresos con presentación de comunicaciones o ponencias, así como a cursos específicos de cierta parte de la patología. Cada cual asiste al relacionado con sus capacidades y preferencias en relación con la patología que suele tratar. Para acudir a los congresos es prioritaria la presentación de comunicaciones. Cada vez hay más problemas con la industria farmacéutica para que ayuden en el importe de los gastos, aunque confiamos en una posible solución.

Sesiones del servicio

El mantenimiento de las sesiones clínicas fue una constante en el servicio. La presencia de todos los facultativos del servicio, e incluso de otras especialidades dieron valor a las mismas. Existía un responsable de la programación de las mismas, aunque se solía consensuar entre todos los temas a tratar y se encargaba también de contactar con los ponentes.

La sesión diaria de la urgencia facilitó el conocimiento de la guardia y el estado de los pacientes ingresados. Todo el servicio estaba al corriente de lo que les ocurría a los pacientes

La sesión multidisciplinaria con participación del resto de facultativos del hospital, tuvo un buen nivel científico y fue considerada la mejor del hospital por los propios participantes.

La sesión de actualizaciones ha servido para estar al día de los temas de cirugía y facilitó el conocimiento personal de otros cirujanos de la CAM.

La sesión de morbilidad y mortalidad se hizo trimestralmente, ya que al informar todos los días sobre la evolución de los pacientes operados y/o ingresados se tenía conocimiento de lo que ocurría.

Función investigadora

Una buena asistencia viene asociada a cierta labor investigadora. Esta podría incluir cirugía experimental, laboratorio o básica. Se realizaron estudios de investigación clínica y epidemiológica, además de estudios observacionales y series de pacientes. Se han matriculado algunas tesis doctorales.

Sin embargo, las características del hospital no facilitaron hasta el momento del estudio el desarrollo de un mecanismo de investigación básica pleno:

laboratorios, presupuestos, personal con dedicación exclusiva, etc. Tal vez el contacto creciente con la UCM y el entorno universitario faciliten este aspecto.

Por otro lado, no es fácil en hospitales muy implicados en la asistencia dedicarse a la investigación. Se debe reconocer que la motivación de los facultativos en este aspecto tampoco fue alta. Todas las iniciativas en este campo deben ser bien acogidas y potenciadas y será responsabilidad del Jefe promover esta tarea.

A otro nivel, el aumento de proyectos de Tesis doctorales en el seno del servicio favorece cierto interés docente e investigador.

5.3.10 CALIDAD

La calidad es un atributo del servicio que se presta a los clientes y algo que afecta al funcionamiento de toda la organización. El modelo europeo (EFQM) influye especialmente en la forma en que se ejecutan los procesos. (28,33)

Donabedian en 1966 sistematizó la evaluación de la calidad de la asistencia sanitaria como una triada constituida por estructura, proceso y resultados. (34)

La CAM eligió en **modelo EFQM** para promover la mejora continua de los Servicios Sanitarios para alcanzar la excelencia. Los hospitales han pasado sus respectivas evaluaciones en estos años. Es un modelo que no pretende la certificación o acreditación, sino que es un modelo de autoevaluación no prescriptivo (no dice cómo hay que hacer las cosas) que pretende que la organización se conozca y mejore su funcionamiento. Utiliza para su desarrollo el ciclo PDCA. (39)

En el año 2010 se instauró en el HUIC el equipo de calidad con el objetivo de implantar y evaluar el EFQM, que es el modelo de calidad del Sistema sanitario de la CAM que se compone de: modelo de autoevaluación, modelo de acreditación y sistema de medición de la calidad percibida. Este modelo se basa en 9 elementos llamados criterios. (128)

La gestión adecuada de la calidad permite a los servicios sanitarios y unidades planificar, controlar y mejorar sus actividades asistenciales. Faculta a los profesionales para la mejora continua de sus procesos clínicos. Actualmente la preocupación por la calidad es compartida por clínicos, pacientes y gestores sanitarios. (21)

El MSC puso en marcha las guías integradas asistenciales las cuales constituyen una herramienta esencial para facilitar la práctica clínica, mejorando la calidad en la prestación de servicios sanitarios y reduciendo costes de la atención médica. (62) La AEC ha publicado varias guías clínicas que están siendo de gran ayuda para la mayoría de los cirujanos. Algunas, como la de gestión clínica dispone de una segunda edición. (32,129)

Otro modelo de calidad es la Norma Internacional ISO 9004 del año 2000, que se utilizó para el diseño de un Plan de Calidad en el Servicio de Traumatología del HUIC. (31,32)

Reclamaciones

Estuvieron muy por debajo de las previsiones. Siempre son consideradas como un objetivo de mejora, pero fueron tan bajas que los pacientes estaban satisfechos con la asistencia que le ofrecía el servicio de CGD.

Vías y guías clínicas

En la UR se llevó a cabo la vía clínica de la colecistectomía laparoscópica en el año 2014, con buenos resultados; aunque costó ponerla en práctica, puesto que en ella participaron varios estamentos hospitalarios (anestelistas, cirujanos, personal de enfermería). Previamente se diseñó la vía clínica del manejo de los pacientes en CMA ([Anexo 8](#)), que resultó más fácil de poner en práctica y de la que se obtuvo un estupendo rendimiento.

La utilización de la guía clínica de la colecistectomía laparoscópica reduce la estancia hospitalaria y los costes, como se pudo comprobar en los estudios de Zhang (metanálisis) (130), Yanagi y Uchiyama. (131,132)

Uchiyama (131) utilizó la vía clínica también en gastrectomía subtotal y colectomía laparoscópica con similares resultados.

En un metanálisis de Gurusamy (133) del año 2007, se evidenció que el 75% de las colecistectomías se hacían por vía laparoscópica, de las que un 11,3% se realizaban en CMA. No hubo diferencias en las complicaciones, reingresos, dolor, calidad de vida, satisfacción del paciente e incorporación a la actividad laboral. Aconsejaba una selección de pacientes con buen estado físico, proximidad al hospital, ausencia de cirugía en el abdomen superior, no colecistitis previa o coledocolitiasis. En el servicio se inició en el 2016 la colecistectomía laparoscópica en CMA con criterios de selección similares.

La revisión de la Cochrane 2012 realizada por Vaughan (134) concluyó lo mismo que el estudio anterior. La revisión de la Cochrane 2013 hecha por Loizides (135) indicó que hay una baja evidencia en la reducción del dolor en la colecistectomía laparoscópica en CMA.

Rao (136) hizo un estudio retrospectivo sobre la colecistectomía laparoscópica en régimen ambulatorio en ancianos, concluyendo que es segura en mayores de 65 años, con una baja tasa de complicaciones y una mortalidad del 0,2%.

Procesos asistenciales

Como se comprobó en los resultados, tenemos definidos procesos asistenciales (CEX y quirófano con hospitalización), expresados en diagramas de flujo. Es una forma sencilla y ordenada de plasmar en un documento la actividad normal diaria y las personas que la ejecutan. Tienen un responsable, permiten analizar los circuitos asistenciales y facilitan su control.

Para Rodríguez Cuéllar los procesos se deben definir, nombrar un responsable, establecer mejoras, revisarlos periódicamente mediante indicadores y compararlos con estándares. (33)

En las guías integradas asistenciales del MSC se indicó que la gestión de los procesos permite analizar de forma sistemática la secuencia de actividades que los constituyen y las personas que intervienen en los mismos. Es una metodología que trata de estabilizar las actuaciones que se producen en el hospital minimizando la variabilidad clínica. (28,62)

Según Lorenzo (21) en la selección de procesos asistenciales se pueden incluir aspectos clínicos (diagnóstico, intervención quirúrgica, cuidados postoperatorios, etc.) o bien gestión de la LEQ, ingreso del paciente, información, etc. Para aplicar la metodología de deben identificar los procesos clave en función de la alta prevalencia y seleccionar indicadores y criterios. (21)

Ruiz López (27) planteó la necesidad de que los procesos se gestionen de una manera horizontal, es decir que los profesionales que realizan sus actividades dentro del proceso han de salir de su área estructural y coordinarse con otros

especialistas para definir e implantar las medidas necesarias para evitar las ineficiencias y errores, que van a repercutir en la propia salud y bienestar, así como en la calidad que el paciente y su familia van a percibir. Está planteando un funcionamiento multidisciplinar, con integración de varios facultativos o unidades implicadas en el proceso. La gestión de procesos consta de varias etapas consecutivas entre sí, (27) destacando la evaluación y mejora de la calidad basadas en el ciclo de calidad de Deming o PDCA que tiene cuatro fases: planificación, ejecución, control y ajuste. El resultado final consiste en la elaboración de un mapa de procesos que es la representación gráfica de los mismos y sus interrelaciones.

De los diferentes modelos de calidad total, Delgado en su análisis del Servicio de Traumatología adoptó el proyecto de la norma Internacional **ISO 9004** del año 2000. La Norma se constituye en una herramienta para la mejora continua hacia la excelencia donde se plantea como punto de partida qué mejorar (puntos débiles identificados en la autoevaluación) y cómo mejorar (gestión por procesos). (31,32)

Complicaciones

Con la reducción de las infecciones postoperatorias se minimizan los costes asistenciales, la insatisfacción del paciente y la estancia hospitalaria y mejora la autosatisfacción del personal.

En los resultados obtenidos a lo largo del periodo de estudio la tasa media de complicaciones fue de 10,02% (Tabla 19), con una *p* significativa en los años 2011, 2014 y 2015 al tener peores resultados que la referencia de 2009 (especialmente 2015). Sin embargo, la que observó la auditoría de la agencia lametrics fue del 9,71%, con un rango entre 6,48% y 11,09%. Salen de este

análisis los dos extremos, año 2008 con un 5,36% que no se analizó en su momento, y el 2015 con un 11,80%, ya que en ese periodo ya no nos realizaban la evaluación externa. Cuando las relacionaron con las complicaciones esperadas se obtuvo un resultado a nuestro favor de 80,1 pacientes menos.

El estudio prospectivo de Vallribera (137) sobre la laparoscopia en la apendicectomía concluyó que la técnica laparoscópica tenía menos complicaciones en la infección de herida, menos dolor, menos estancia y una más rápida recuperación a la vida laboral. Nosotros hicimos un análisis interno que no corroboraba esos resultados, por lo que decidimos realizarla en diagnósticos dudosos, obesos y en algunas mujeres en edad gestacional.

El estudio del Proyecto zero (138) de la Sociedad Española de Medicina Preventiva del año 2015 utilizó una nueva denominación de las infecciones intrahospitalarias o nosocomiales, llamándolas infecciones asociadas a la asistencia sanitaria, e indicaba que son las adquiridas como consecuencia de una intervención sanitaria y que no estaban presentes en el momento de la atención.

La infección del lugar quirúrgico (ILQ), en nuestra terminología infección del sitio quirúrgico (ISQ), es la relacionada con el procedimiento quirúrgico, que se produce en la incisión o en su vecindad durante los primeros 30-90 días del postoperatorio. Las ILQ son las más prevalentes en los pacientes hospitalizados (25,7% según el estudio EPINE-2015) y ocasionan un elevado coste en morbi-mortalidad y en gastos para el sistema sanitario. La aplicación de medidas preventivas (lavado de manos, profilaxis antibiótica adecuada,

técnica quirúrgica exquisita, correcta circulación dentro del quirófano, etc.) podría reducir la frecuencia de las ILQ.

En la publicación del Colegio Irlandés de Cirujanos “Royal College of Ireland” (139) y el Grupo de Prevención de la ILQ hicieron unas recomendaciones para el manejo del paciente quirúrgico incluyendo tres fases. En el preoperatorio se otorgó especial importancia a la ducha, el rasurado y la profilaxis antibiótica; en el manejo intraoperatorio se priorizó la preparación de la piel con gluconato de clorhexidina al 2%, el mantenimiento de la isoterminia, la normoglucemia y la saturación de la hemoglobina >95%; y en el postoperatorio se indicó cómo hay que realizar las curas y cuándo se debía retirar el drenaje.

La ILQ o ISQ, según Nve Obiang (140) ocupa el segundo lugar en las infecciones nosocomiales y es la más frecuente en los pacientes quirúrgicos. Puede ocurrir en la zona de la incisión quirúrgica o próxima a ella. Considera que los factores más influyentes en la ISQ son el cirujano, el patógeno y el paciente.

En relación a las infecciones en cirugía colorrectal, Keenan (141) señaló que afectan al 15-30% de los pacientes operados. El diseño de un grupo multidisciplinar relacionado con el manejo de esta patología, que modificó las pautas preoperatorias y postoperatorias, redujo la ILQ (19,3% vs 5,7%) y la sepsis postoperatoria (8,5% vs 2,4%). Las cifras del servicio en este tipo de patología han variado a lo largo de estos años, pero son similares a las publicadas por Keenan, destacando dos criterios que favorecen la infección: la cirugía urgente y los carcinomas. (138)

Para otros autores como Berenger (142) las ILQ solían afectar al 10% de los pacientes operados de cirugía colorrectal, lo que condujo a un incremento de la estancia, manejo prolongado de la herida y potenciales reoperaciones. El Proyecto de Mejora de los Cuidados Quirúrgicos del Colegio Americano de Cirujanos, que se desarrolló en los centros Medicare y Medicaid, utilizó la MBE para establecer unas guías clínicas que fueron aprobadas por la Joint Commission. En el primer periodo de estudio la tasa de ILQ no descendió, pero en el segundo análisis las cifras mejoraron.

Efectos adversos

En relación a los efectos adversos causados en la UR, excluyendo las complicaciones que sí se controlaron, no existen datos fidedignos puesto que o no se identificaron o no se registraron.

Rodríguez Cuéllar considera efecto adverso a cualquier daño no intencionado causado por un acto médico, más que por el proceso nosológico en sí. Hasta un 50% son debidos a las intervenciones quirúrgicas. Éstos ocasionan incremento de la estancia, incapacidad para la vida temporal o definitiva o la muerte. (33)

En 1910 Codman, cirujano considerado precursor de las estrategias de evaluación y mejora de la calidad de la atención sanitaria, señalaba el papel relevante de los efectos adversos en la calidad de los servicios quirúrgicos. En 1991 Brennan realizó una publicación en la que se admite el término “efecto adverso”. Los aspectos relevantes de los efectos adversos son: elevada incidencia, deficiencias en la atención sanitaria, impacto físico y psíquico en el paciente, seguridad del paciente (debe estar garantizada), repercusión económica, indicador de calidad de la atención sanitaria, factores de riesgo del

paciente. La mayoría de los estudios publicados se han basado en una metodología de revisión retrospectiva de historias clínicas. Se debe fomentar una actitud favorable a la notificación de los efectos adversos para su registro, por ser una herramienta de mejora de la calidad. (143) Martín los monitorizó en un hospital de tercer nivel con un resultado de 9,08%. Cuando analizaba las intervenciones quirúrgicas complejas, ascendían al 17,1% y un 3,3% de mortalidad. (144)

El grupo del “Harvard Medical Practice Study” (1984) diseñó una escala de seis puntos. Rebasó en un prospectivo más extenso reseñó que el 36,95% de los pacientes de cirugía sufrieron un efecto adverso, e indicó que la tasa era alta porque infradiagnosticaban poco. La mayoría tuvieron secuelas mínimas o moderadas pero la tasa de mortalidad alcanzó el 2,72%. (145)

El estudio ENEAS de Aranaz (146), retrospectivo de cohortes, con 5.624 enfermos, evidenció una incidencia de efectos adversos del 9,3% (45% menores, 39% moderados y 16% severos) con una incidencia de muerte del 4,4%. El 84% de los eventos prevenibles ocurrieron en el diagnóstico. En el ENEAS se detectaron un 10,5% de efectos adversos para los servicios de CGD y en otros trabajos posteriores el mismo autor señaló que el 17,8% de los mismos ocurren en el servicio de cirugía. (147–149)

La seguridad del paciente según Aranaz (150) incluyó las actuaciones orientadas a eliminar, reducir y mitigar los resultados adversos evitables, como consecuencia del proceso de atención a la salud, además de promocionar prácticas más seguras. En la época actual la calidad asistencial está focalizada en la seguridad del paciente.

En un estudio en la CAM sobre la seguridad de los pacientes, teniendo como fuente de información el CMBD, Morón (151) concluyó que en todas las variables analizadas los hospitales de mayor complejidad tenían tasas superiores de efectos adversos, aunque existía una alta variabilidad en la recogida de los datos para el CMBD.

Júdez (152) encontró un 17,8% de efectos adversos, destacando las infecciones nosocomiales (54,4%) y los problemas quirúrgicos (31,8%), de los que el 53,5% se consideraron evitables.

Reintervenciones

Para Rodríguez Fernández la reintervención de un paciente es la principal complicación de la técnica quirúrgica. Es difícil identificar las variables que incrementan el riesgo del paciente ante una reintervención, pero es un motivo de estrés para el cirujano y de riesgo vital para el paciente. La toma de decisiones es crítica y difícil. La tasa de relaparotomías oscila entre el 0,5 % y el 15%, asociada a una alta mortalidad (13-40%). La decisión de reoperar es crítica y es básica la actitud y la experiencia del cirujano. Se podría considerar como un fracaso de la primera cirugía. Las causas más frecuentes que condujeron a la reintervención en el presente trabajo fueron el absceso intraabdominal, la hemorragia postoperatoria, la dehiscencia de suturas, la evisceración y el coleperitoneo. La edad es el primer factor pronóstico a considerar ante la muerte de estos pacientes. También indica Rodríguez Fernández la escasez de publicaciones específicas sobre esta materia, ya que cada procedimiento tiene sus propias complicaciones y no se hacen grandes observaciones respecto a la globalidad de los servicios. (153) Estoy en total

concordancia respecto a esta opinión, por lo cual es complicado hacer un estudio comparativo serio.

Si revisamos los resultados del servicio, incluyendo el año 2008, el nº total de pacientes reoperados fue de 288, realizándose 418 reintervenciones. El análisis más relevante (Tablas 20-22) se hizo desde el año 2009 con un porcentaje de pacientes que sufrieron una reintervención que osciló entre el 1,51% del año 2009 y el 2,93% del 2013; mientras que el nº de reintervenciones totales varió del 3,10% al 3,74%. El estudio estadístico aportó una *p* significativamente peor que la referencia 2009, en todos los años excepto 2011 y 2014 que no resultó significativa. Los procesos sépticos de la zona isquirorrectal, gangrena de Fournier, etc., que de entrada requieren más de una intervención, también estaban incluidos. Las causas que predominaron fueron las sépticas (27-32 reintervenciones/año) en las que se incluyó cualquier infección intraabdominal o de otro lugar del organismo, las dehiscencias de sutura, etc. La hemorragia postoperatoria fue la segunda etiología más frecuente (10-16 reoperaciones). La fístula biliar ocupó el tercer lugar (3,7 de media anual), mientras que la evisceración y la obstrucción intestinal estaban en el orden del 2,1 y 1,85 IQ/año, respectivamente. Se puede concluir que las causas son similares a la bibliografía consultada. (153) Martín en su estudio citado con anterioridad encontró un 5,23% de reintervenciones. (144)

Mortalidad

El nº de pacientes fallecidos en el servicio de CGD durante el periodo de estudio fue en total de 82 (Tabla 20), incluyendo el 2008; pero si no lo consideramos el rango osciló entre 7 y 15 por año, lo que supuso una tasa de mortalidad entre el 0,43% y el 1,06%. Las tres etiologías más habituales que

condujeron al *exitus* fueron la sepsis y el fracaso multiorgánico en similar frecuencia y en tercer lugar el shock hipovolémico (Tabla 23). Si nos fijamos en las reintervenciones las etiologías fueron similares.

La mortalidad en un servicio de CGD está en torno al 1,9% para Aguiló (143), para Rebase en el 2,72% (145), para Olea 1,48%-2,09% (112) y para Martín es 3,3%. (144)

El análisis de la mortalidad dentro de un servicio es un criterio de calidad asistencial según Romaguera. (154) El % de fallecimientos postoperatorios fue del 0,90-1,77% según la gravedad del proceso. Hace hincapié en la mortalidad asociada a los efectos adversos que asume es del 0,3% de las altas. (154)

Zeballos realizó un estudio retrospectivo de mortalidad en las primeras 48 horas. La mortalidad global del servicio fue del 0,85%, del que el 0,05% ocurrió en las primeras 48 horas. Consideró que la mortalidad estaba directamente relacionada con la edad, el ingreso urgente y las comorbilidades asociadas; sin embargo, la causa más importante era la gravedad de la patología del enfermo. Consideró en el estudio que los sistemas para valorar la gravedad o predecir el riesgo (ASA, POSSUM y Charlson) no ayudaban en la valoración del riesgo de mortalidad postoperatoria temprana. (155)

Arias en la Guía de la AEC del 2005 analizó las escalas de riesgo. La escala APACHE II es la más difundida; aunque no es específica de la sepsis, si parece predecir la mortalidad. También se utiliza la escala POSSUM en los pacientes quirúrgicos que parece ser que muestra una mayor eficacia predictiva en relación a la tasa de muerte esperada. (156)

Calidad de vida

La calidad de vida es un concepto que cuantifica desde el punto de vista del paciente los beneficios que para la salud ha aportado el proceso asistencial desde el punto de vista anímico, laboral y social. (33)

Se han creado cuestionarios para valorar la calidad de vida en el postoperatorio en cirugía, como el de Balongo que está pendiente de valoración. (157)

En un análisis de calidad de vida realizado por André, las pacientes mastectomizadas estaban más satisfechas con los cuidados de enfermería que con el de los médicos, ya que las enfermeras estaban más pendientes de ellas y les informaban mejor sobre la evolución, cuidados, etc. (158–160)

Meneu analizó la utilización eficiente de los recursos a partir de las pérdidas de bienestar, incluyendo la hernia en 7º lugar. Sin embargo, encontramos las patologías que suponen unas menores pérdidas de bienestar social, es decir que está claro el ingreso hospitalario. De menor a mayor pérdida encontramos patologías quirúrgicas como el neumotórax, los procedimientos sobre esófago, estómago y duodeno, neoplasia maligna de hígado y páncreas, y apendicectomía. (46)

Participación en Comisiones hospitalarias

Es prioritario de la UR de CGD participe activamente en las mismas. Ese fue el criterio desde el principio y todos los cirujanos estaban incluidos en al menos una, y tenían el compromiso de colaborar en los objetivos que se plantearon. Es una forma de colaboración con el hospital que beneficia al enfermo y al servicio.

5.3.11 EFICIENCIA

Hay tres clases de eficiencia: económica, que da lugar a menores costes para lograr los mismos resultados; técnica, que utiliza menor número de factores productivos “inputs” para lograr los mismos resultados; y de gestión, que con los mismos costes se consiguen mejores resultados “outputs”. Un ejemplo claro es un estudio ambulatorio frente al mismo estudio con el paciente ingresado.

En el momento del diseño de este trabajo se descubrió que la información bibliográfica sobre el tema es escasa, lo cual ha dificultado el análisis de los resultados. La memoria sobre un servicio de cirugía de nueva creación no es un documento fácilmente disponible en los ámbitos en que nos manejamos. Son documentos que se encuentran en las Direcciones Generales de RRHH de las Comunidades Autónomas o bien en las Gerencias de los hospitales.

La recapitulación de datos para la comparación dentro de los propios hospitales de la CAM (SIAE y CMBD)(161,162) no está disponible fácilmente.

El estudio más similar a éste es la tesis doctoral de Olea, que compara dos periodos de análisis dentro de un servicio que lleva funcionando varios años con un cambio en la gestión interna; y posteriormente compara sus resultados con otros tres hospitales de la Comunidad de Andalucía. (103)

Según Gálvez los indicadores se comparan con los objetivos propuestos para la Unidad y estándares externos, otros servicios y unidades similares. Permiten conocer en cada momento el resultado del funcionamiento de la unidad y la comparación con la propia unidad en el tiempo y con respecto a los resultados previstos. Sirven para evaluar, corregir y fundamentar las decisiones de gestión. (8) Juez Martel (163) nos indica unos ratios de efectividad y eficiencia.

Se ha realizado un estudio comparativo de algunos indicadores de tres hospitales de la CAM, con características similares en cuanto al modelo de gestión y tasa de población. La información se obtuvo del AP-GRD 23 y 27.0 CIE 9 (Iametrics) y del "Data Warehouse".

Relación sucesivas / primeras

En relación al cociente de las consultas externas sucesivas/primeras del HUIC, aunque el crecimiento fue progresivo, se mantuvo casi siempre en los rangos inferiores de la comparación.

Tabla 34. Relación sucesivas / primeras.

Año	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
SURESTE	1,03	1,17	1,36	1,95	1,75	2,16	1,99
HENARES	1,20	1,34	1,31	1,45	1,49	1,50	1,47
HUIC	1,09	1,29	1,23	1,22	1,35	1,47	1,53
P Sureste	0,081	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
P Henares	0,001	0,254	0,02	<0,001	0,001	0,469	0,165

Al realizar el estudio comparativo con los otros dos hospitales sale muy favorecido, sobre todo al compararlo con el H. del Sureste.

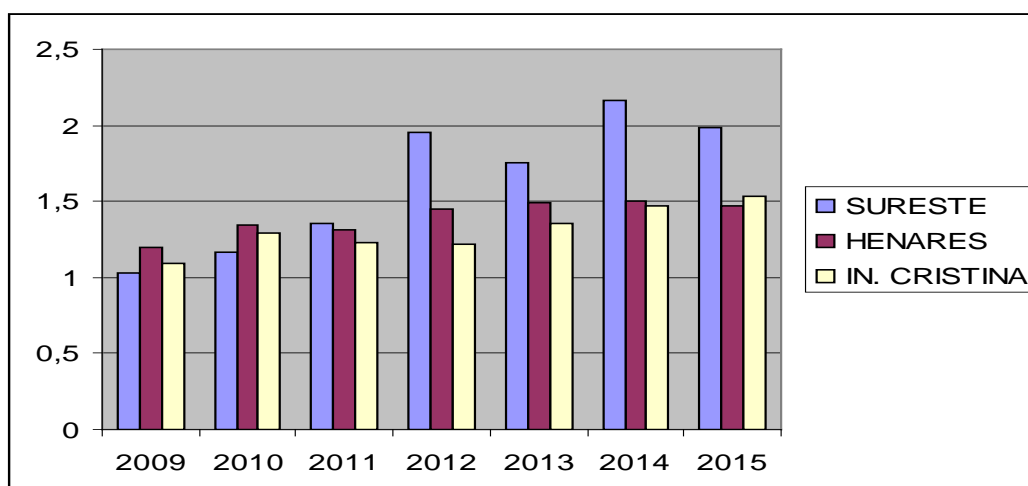


Figura 23. Relación sucesivas/primeras.

LEQ

El Plan de reducción de la LEQ de la CAM pretendía dos objetivos. En primer lugar, implementar medidas específicas para adecuar la oferta asistencial a las demandas de los madrileños y de manera solidaria a pacientes de otras Comunidades según la regulación del Fondo de Cohesión Sanitaria. Además, en segundo lugar, establecer las condiciones necesarias para lograr la aplicación en Madrid del derecho a la garantía de respuesta asistencial quirúrgica.

Se planteó una demora máxima para intervenciones quirúrgicas programadas a 31 de diciembre de 2005 de 30 días y de modo secundario reducir el nº de pacientes incluidos en la LEQ. Se implantó un registro unificado de pacientes en LEQ y una Unidad central de gestión (BOCM nº 92, de abril de 2004). (70)

Suegras identificó un progresivo incremento de la demanda a los servicios quirúrgicos, una reducción del nº de reprogramaciones y la existencia de un déficit en el recurso quirófono. (164)

El Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen las medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud, establece los criterios, indicadores y requisitos mínimos, básicos y comunes en materia de listas de espera. (69)

La LEQ es la consecuencia del desajuste entre la demanda y la oferta sanitaria. La adecuada gestión de esta lista es el principal objetivo del Sistema Nacional de Salud y de las Consejerías de Sanidad de las Comunidades. Se debe considerar una inclusión correcta y agilizar la salida de la misma. La actividad quirúrgica constituye en este momento el mayor porcentaje de altas y consumo de recursos de un hospital. (85)

En nuestro servicio el nº de entradas y salidas de la LEQ se ha mantenido durante todo el tiempo analizado por debajo de 1. Como se puede ver en la tabla 24 somos de los servicios de cirugía de la CAM que tenemos un porcentaje más bajo de inclusiones (35,3%), cuando la media es de 43,7%. La variabilidad que se puede ver en la tabla es obtenida de la CS en un momento puntual, con lo que su validez es relativa.

Una parte importante de la eficiencia consiste en realizar la mayoría de los estudios preoperatorios de forma ambulatoria y tener un alto índice de sustitución en los procedimientos quirúrgicos.

IEMA

En la figura 19 podemos observar el paralelismo entre el IEMA del estándar de la CAM y el funcionamiento del servicio. Exceptuando el periodo 2009-2010, siempre hemos estado por debajo de 1, que es el límite del buen funcionamiento (Tabla 28). Si lo analizáramos incluyendo el criterio de los pesos seguramente sería inferior. Sin embargo, el grupo 1 se comportó mejor que el HUIC. Debemos añadir que en este grupo están hospitales que no atienden urgencias, y que la mayoría de su actividad es cirugía programada sin ingreso. Se han obtenido los mejores resultados de los tres hospitales (Tabla 35, Fig. 24).

Tabla 35. IEMA.

Año	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
SURESTE	1,21	1,10	1,03	1,05	0,97	1,12	1,03
HENARES	1,03	0,94	1,00	1,10	1,18	1,15	1,17
HUIC	1,07	1,03	0,95	0,98	0,95	0,85	0,91
IEMA grupo	0,98	0,98	0,93	1,00	0,93	0,84	0,82

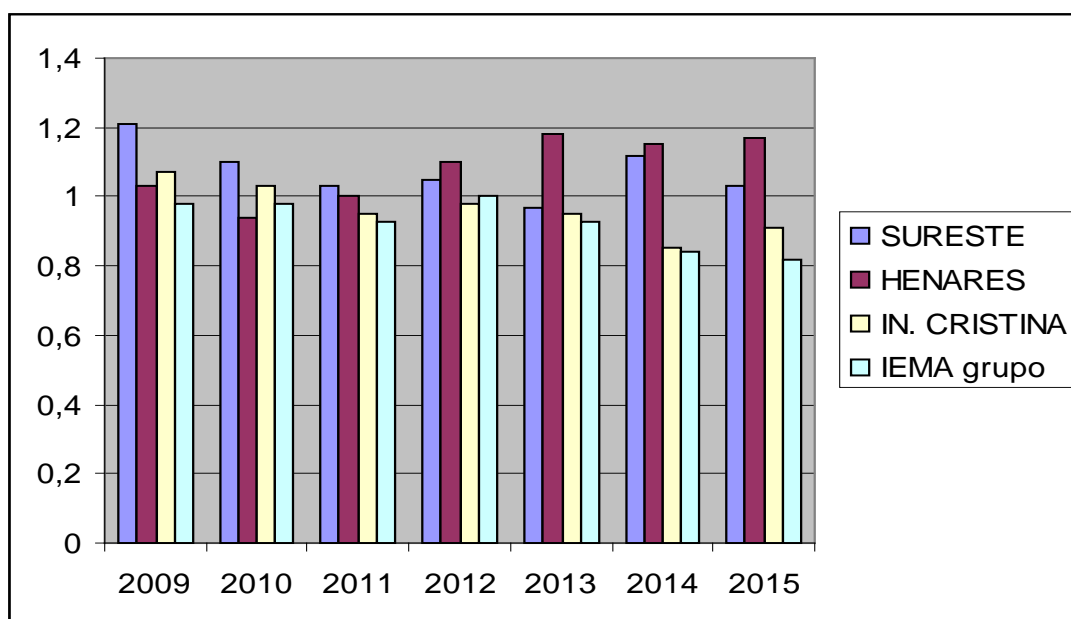


Figura 24. IEMA.

EM

En relación a la EM, aunque se ha mejorado con una tendencia de reducción de la misma, obtuvo mejores resultados el H. del Sureste.

Tabla 36. EM.

Año	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
SURESTE	4,92	4,36	4,43	4,78	4,06	4,94	4,62
HENARES	5,14	4,12	4,77	4,97	5,06	5,10	5,52
HUIC	5,10	5,29	4,94	4,92	4,69	4,00	4,18

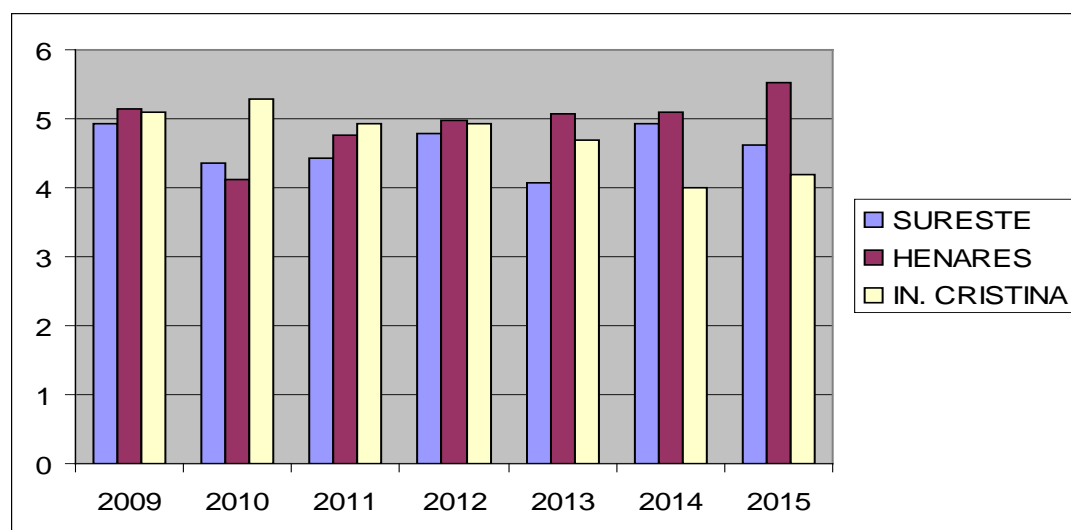


Figura 25. EM.

EM prequirúrgica

La tendencia fue creciente hasta el año 2012, pero posteriormente descendió considerablemente respecto a los años previos y al resto de hospitales. Los pacientes se suelen ingresar el mismo día de la operación. Actualmente está por debajo de 0,3 días (Tabla 37, Fig. 26).

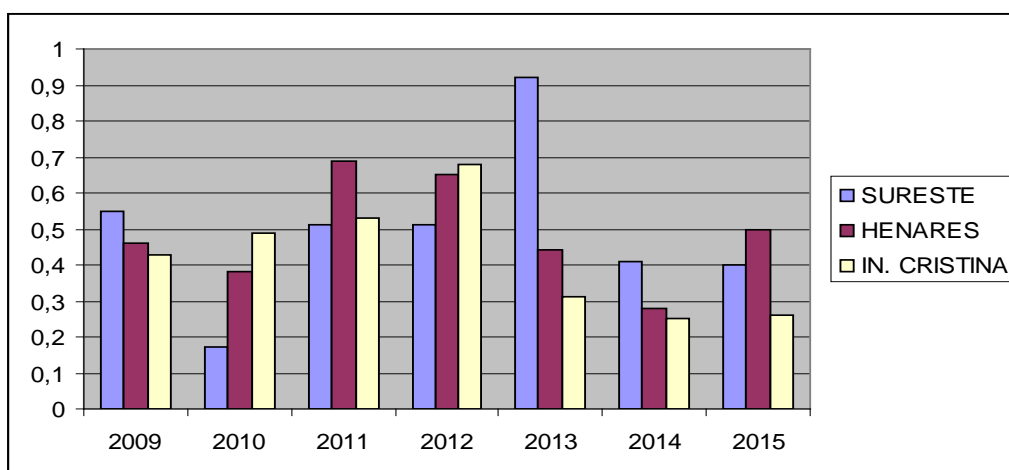


Figura 26. EM prequirúrgica.

Tabla 37. EM prequirúrgica.

Año	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
SURESTE	0,55	0,17	0,51	0,51	0,92	0,41	0,40
HENARES	0,46	0,38	0,69	0,65	0,44	0,28	0,50
HUIC	0,43	0,49	0,53	0,68	0,31	0,25	0,26

Tasa de ambulatorización

Todos los años se superó el índice de ambulatorización de la CAM, que estaba por debajo del 50%. Los mejores resultados los tuvo el H. Sureste.

Tabla 38. Tasa de ambulatorización.

Año	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
SURESTE	54,22	44,37	47,08	47,87	56,58	53,69	57,71
HENARES	36,43	34,71	35,89	33,81	31,87	32,54	32,60
HUIC	52,92	56,38	58,52	51,54	52,96	51,39	51,44
P Sureste*	<0,001	0,377	0,868	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
P Henares**	0,059	<0,001	<0,001	0,021	<0,001	<0,001	<0,001

- *Resultados correspondientes a la comparación entre H. Infanta Cristina y H. Sureste (χ^2).
- **Resultados correspondientes a la comparación entre H. Infanta Cristina y H. Henares (χ^2).

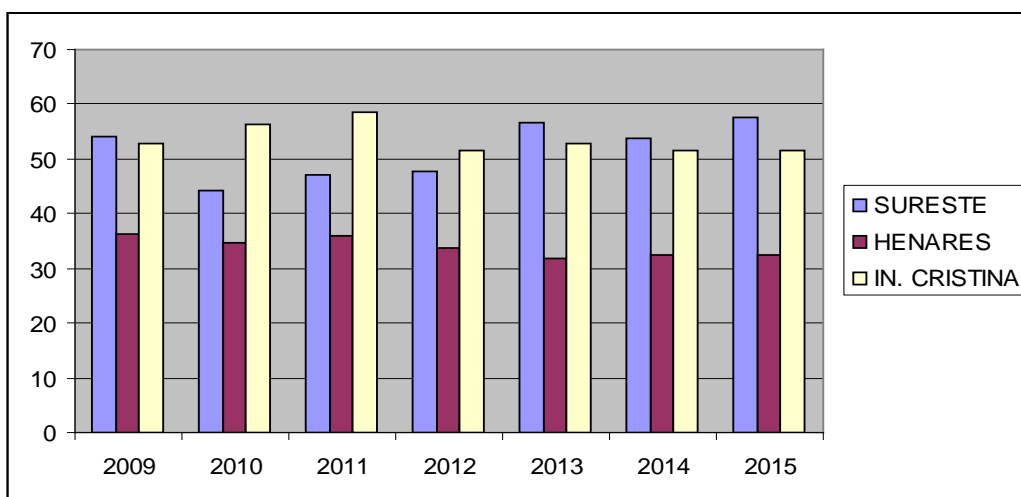


Figura 26. Tasa de ambulatorización.

Rendimiento quirúrgico

El rendimiento se puede medir por la utilización del quirófano y/o por los tiempos quirúrgicos (TQEs). En nuestro hospital siempre se utilizaron los dos criterios (Tablas 39 y 40, Figs. 27 y 28). Esto indica el alto rendimiento de la UR de CGD y por tanto una buena eficiencia.

Tabla 39. Rendimiento por ocupación.

Año	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
SURESTE	66,36	70,28	76,03	72,34	70,87	69,28	67,72
HENARES	-	76,09	74,86	60,20	64,52	69,70	72,23
HUIC	79,69	74,02	72,44	72,30	72,93	73,21	74,65

-: Dato no disponible

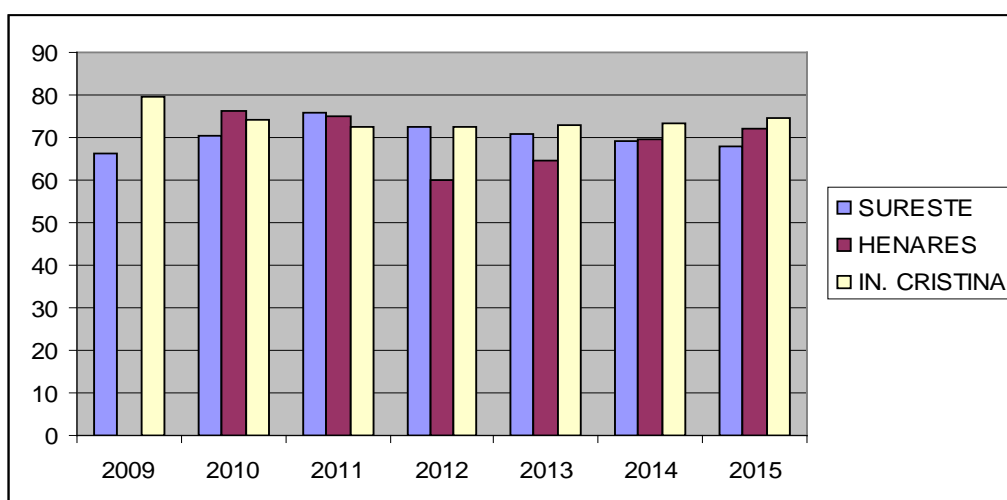


Figura 27. Rendimiento por ocupación.

Los tres servicios de CGD estuvieron bastante parejos, con una utilización del recurso quirófono por encima del 70% (tiempo útil de cirugía según los estándares de 65-70%). El HUIC en este periodo no mejoró la utilización del quirófono del año 2009 usado como referencia.

Tabla 40. Rendimiento por TQE.

Año	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
SURESTE	-	89,30	87,24	79,32	86,51	87,31	106,80
HENARES	-	66,00	81,00	65,00	68,00	72,00	74,00
HUIC	78,07	67,42	84,97	82,39	83,85	83,87	92,72

-: Dato no disponible

El H. del Sureste y el HUIC superaron casi todos los años el 80%, inclusive el 90% en el año 2015. Esto significó un muy alto rendimiento del área quirúrgica.

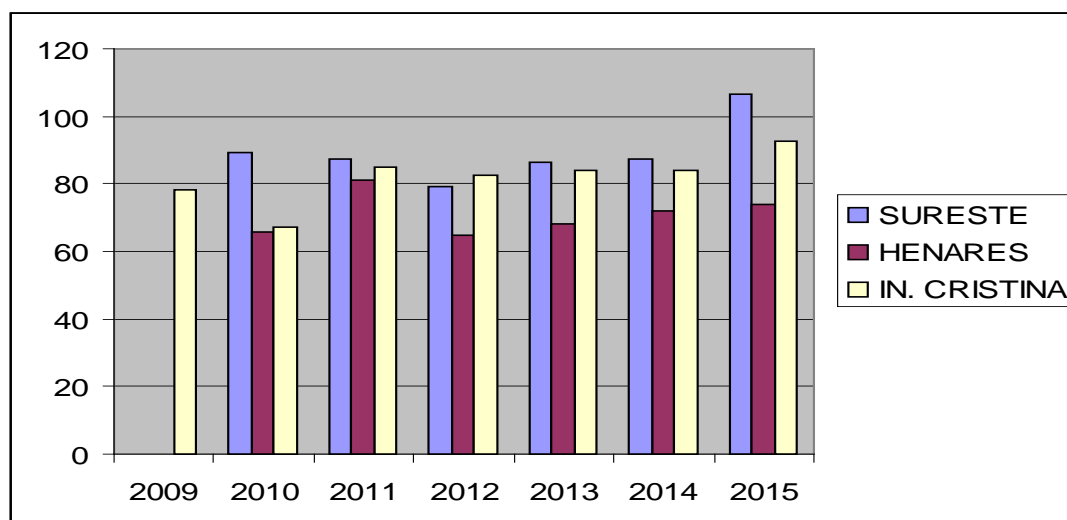


Figura 28. Rendimiento por TQE.

Tasa de suspensiones

El Servicio que mejor gestionó este indicador fue el H. del Henares, aunque según los resultados de la tabla 41 se identificó un problema en los tres hospitales, puesto que todos ellos sobrepasaron en bastantes ocasiones la ratio del 5% (tasa estándar).

Tabla 41. Tasa de suspensiones.

Año	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
SURESTE	7,13	6,29	4,08	7,66	3,94	4,80	4,16
HENARES	7,51	4,26	3,69	8,50	6,40	5,00	4,63
HUIC	7,44	6,31	5,00	5,88	5,00	3,83	5,29
P Sureste	0,387	0,185	0,999	<0,001	0,808	0,013	0,77
P Henares	0,946	0,015	0,086	0,005	0,095	0,121	0,42

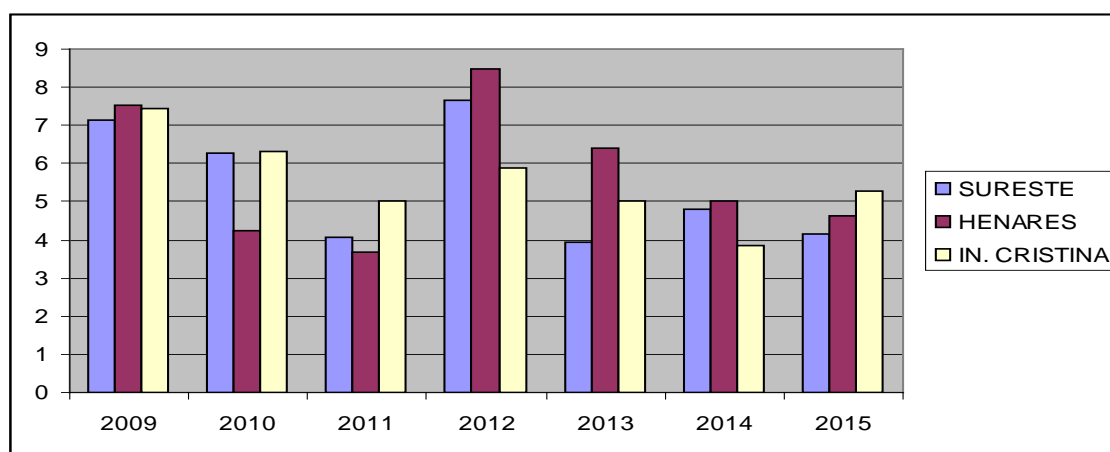


Figura 29. Tasa de suspensiones.

Tasa de reingresos

Si se observa la tabla 29, que presenta información interna, la tasa de readmisiones no fue la adecuada. Sin embargo, al comparar con el informe lametrics, que añade los pesos (Tabla 31), está prácticamente en la norma (-9,1 pacientes). La *p* sólo tuvo significación positiva en el 2014.

Tabla 42. Tasa de reingresos.

Año	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
SURESTE	4,74	5,97	5,35	4,62	4,49	4,60	4,64
HENARES	5,80	5,59	4,97	3,80	3,97	3,87	3,49
HUIC	7,94	9,77	8,50	8,12	8,66	6,26	7,27
P Sureste	0,009	0,003	0,01	0,003	<0,001	0,151	0,026
P Henares	-	<0,001	0,001	<0,001	<0,001	0,016	<0,001

-: Dato no disponible

En la comparación entre hospitales nuestra tasa de reingresos fue la mayor de las tres evaluadas, incluso superior a la media de la CAM (fuente "Data

Warehouse”) de los hospitales comparados (Tabla 42, Fig. 30). Una posible explicación podría ser que nuestra EM y nuestro IEMA fueron inferiores, lo cual implica frecuentemente el incremento de los reingresos.

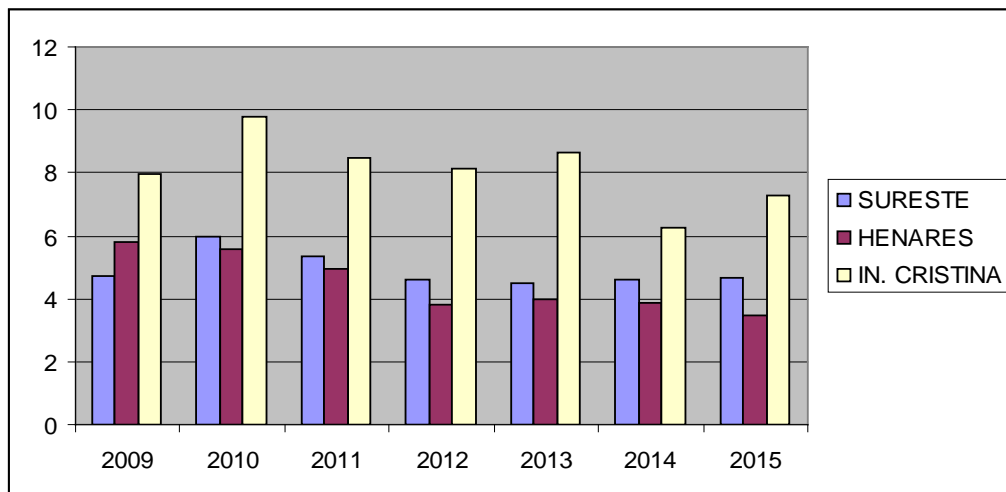


Figura 30. Tasa de reingresos.

GRDs

Los GRDs son un sistema de clasificación de pacientes que sirven para conocer la casuística hospitalaria. La más utilizada es la AP-GRD. La información para analizar los GRDs se obtiene del CMBD, el cual está condicionado por el informe de alta hospitalaria, lo que indica que debe ser lo más exhaustivo posible.(63–65) En la codificación se utiliza la Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª modificación (CIE9-MC). (64,65)

Desde el 2009 se analizó sistemáticamente todos los años la estancia por GRDs. Aunque los estudios comparativos por hospitales y servicios evalúan la EM, considero que el GRD es un criterio más fidedigno de la estancia hospitalaria.

Hemos de señalar que, a pesar de tener una alta tasa de procedimientos quirúrgicos en CMA y un peso medio de pacientes en continuo crecimiento (Tabla 26), la EM descendió desde 5,29 días en el 2010 a 4 días en el 2014. Echenique(11) resalta en su proyecto que en su hospital no utilizan los GRDs y sí los PMC (“patient management categories”). (63–65)

Tabla 43. Análisis comparativo de estancias por GRDs (días) entre la CAM y el HUIC en pacientes con hospitalización.

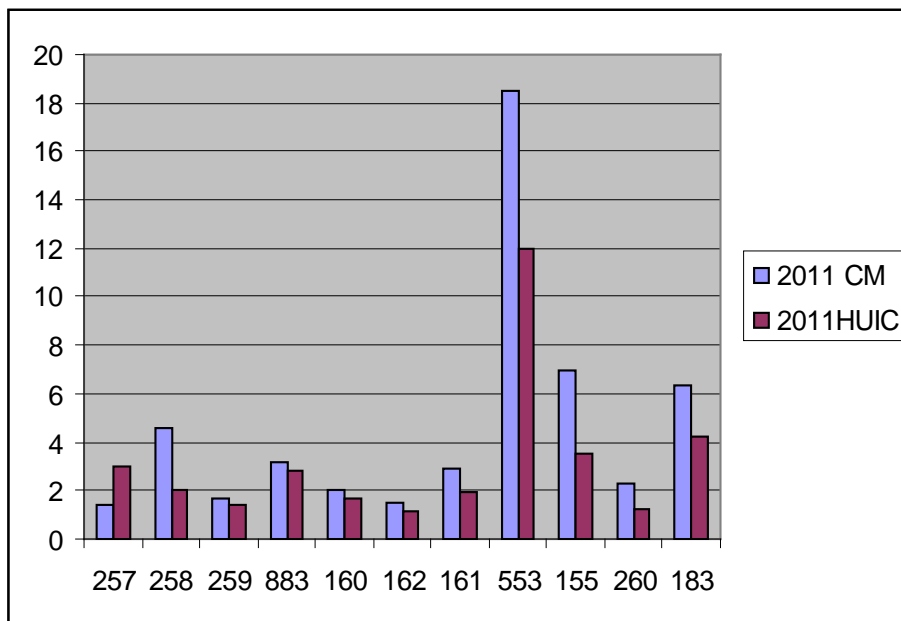
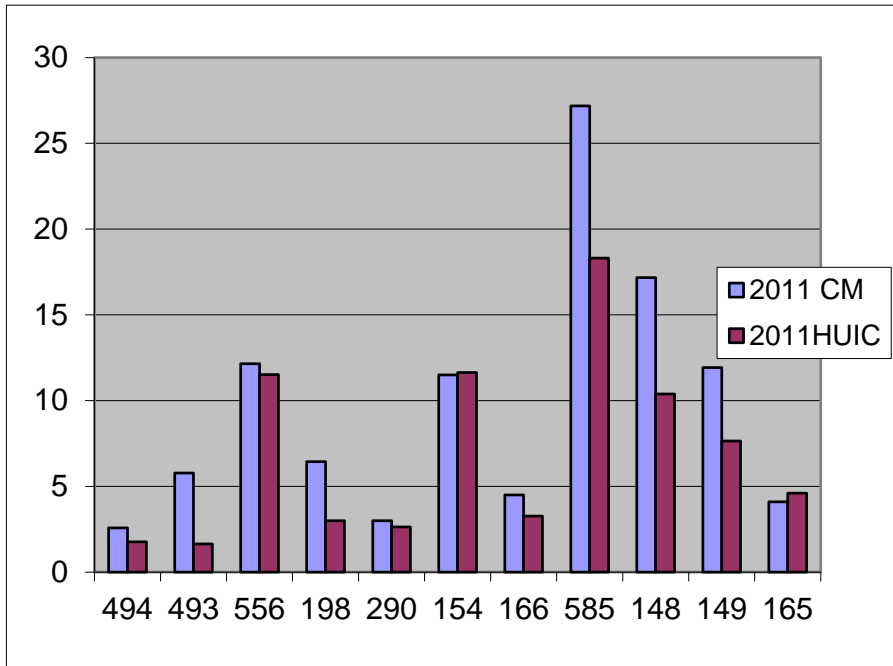
	2009 CAM	2009 HUIC	2011 CAM	2011HUIC	2013 CAM	2013HUIC	2014 CAM	2014HUIC	2015 CAM*	2015 HUIC
494	2,28	2,85	2,58	1,77	1,49	1,32	1,28	1,21	1,80	1,57
493	4,09	2,30	5,78	1,65	2,78	2,22	2,39	1,70	3,06	2,82
556	14,95	17,29	12,15	11,52	11,17	10	11,24	6,90	11,20	4,50
198	5,79	3,55	6,44	3	3,92	3,11	3,69	3,17	-	3,21
290	3,03	2,65	3	2,64	2,37	2,75	2,03	2,07	2,36	3,03
154	15,47	8,33	11,5	11,64	-	-	-	-	-	8,91
166	5,49	3,63	4,5	3,27	-	-	-	-	-	4,79
585	24,26	20,68	27,18	18,31	19,25	17,50	18,67	16,52	24,15	16,61
148	15,20	10,19	17,17	10,39	11,58	10,97	11,74	9,95	12,14	9,21
149	11,04	11,17	11,93	7,65	7,25	5,81	6,89	6,75	7,75	6,57
165	5,06	5,00	4,1	4,6	-	-	-	-	6,31	3,10
257	5,02	3,08	1,39	3	3,34	1,83	3,40	2,25	3,69	2,78
258	4,00	2,85	4,54	2	3,08	1,58	2,71	2	3,46	2,56
259	2,82	2,57	1,67	1,44	-	-	-	-	2,11	1,56
883	2,33	3,29	3,13	2,79	2,44	2,05	2,16	2,06	2,54	2,56
160	2,18	2,21	2,06	1,64	2,11	1,98	2,15	1,90	-	2,20
162	1,24	1,23	1,54	1,14	1,18	1,31	1,22	1,17	-	1,44
161	3,158	1,36	2,91	1,94	1,48	1,45	1,56	1,07	1,97	1,56
553	17,12	17,70	18,52	11,96	14,24	18,54	14,68	13,93	14,30	7,89
155	7,41	6	6,99	3,5	-	-	-	-	4,64	2,82
260	3,41	2,59	2,25	1,23	1,56	1	-	-	1,55	1,52
183	6,04	4,05	6,32	4,19	4,93	4,26	4,71	4,15	-	3,50

En letra negrita se señalan los GRDs en los que la estancia fue superior en el HUIC dentro de cada año.

* Datos correspondientes únicamente a los grupos 1 y 2 de hospitales de la CAM.

-: Dato no disponible.

Como se puede ver en la tabla 43 y en las figuras 31 y 32, basadas en la información del SIAE de la CAM de los servicios de CGD (informe GRDs APR 23 y 27), el ahorro de estancias al comparar por GRDs con el HUIC fue evidente. (161,162) Desde el año 2009 se controlaron los GRDs de los procesos más frecuentes. La EM en dicho año fue de 5,10 días para el HUIC.



Figuras 31 y 32. Estancia por GRDs en el año 2011.

El Plan estratégico de la CAM 2012 (12) con cifras del SIAE 2011 analizó 21 GRDs, de los que 20 se incluían en la documentación evaluada en el HUIC. Si exceptuamos el 154 (procedimientos sobre estómago, esófago, duodeno con complicaciones), 165 (apendicectomía con diagnóstico principal complicado sin complicaciones) y 257 (mastectomía total por neoplasia maligna con complicaciones), en todos los demás GRDs la estancia en el HUIC fue sensiblemente inferior.

En informes aportados a la Dirección médica por parte del responsable del control de los GRDs dentro del servicio, se observó un ahorro global de estancias de 240,84 días, mejorando respecto al control del 2010. Es conveniente indicar que en patología mamaria, pared abdominal y patología anal hubo un alto índice de sustitución en CMA, a pesar de lo cual se ahorraron estancias.

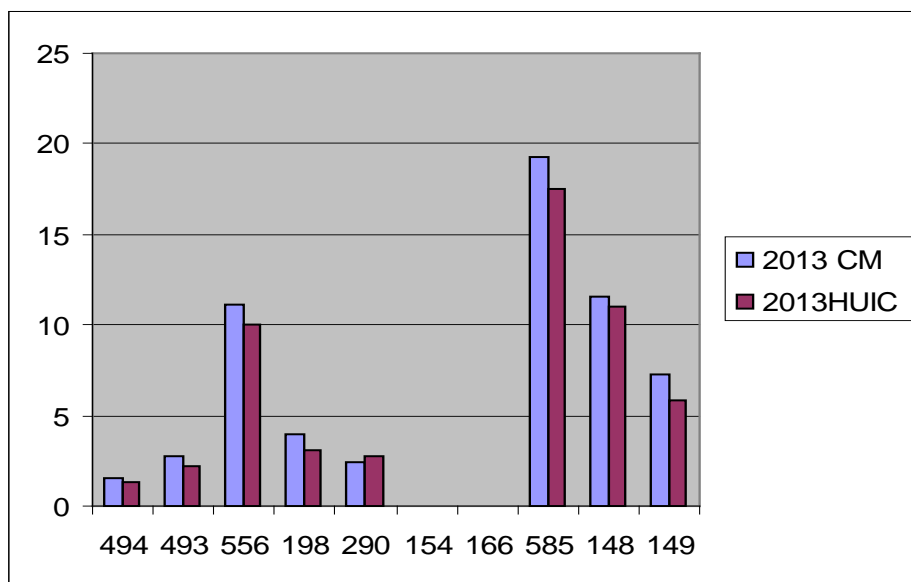


Figura 33. Estancia por GRDs en el año 2013.

En el año 2013 se analizaron 22 GRDs., con un ahorro de estancias de 149,52 días. Los códigos más gravados fueron los de la patología tiroidea 290 (procedimientos sobre tiroides) al incrementar el nº de carcinomas, 162

(procedimientos sobre hernia inguinal y/o femoral sin complicaciones) y el 553 (procedimientos del aparato digestivo excepto hernia y procedimiento mayor de estómago e intestino con complicaciones) como consecuencia de la patología oncológica y urgente.

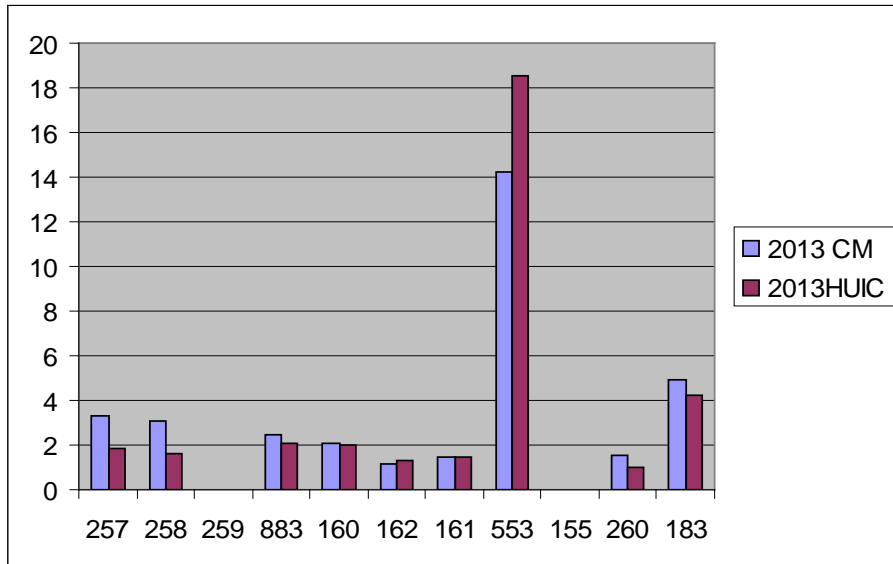


Figura 34. Estancia por GRDs en el año 2013.

En el 2014 se evaluaron 21 GRDs y se consiguió un ahorro de 254,33 días, siendo un 58,8% mejor que el año anterior. Persistió únicamente el 290 con más estancia que el estándar.

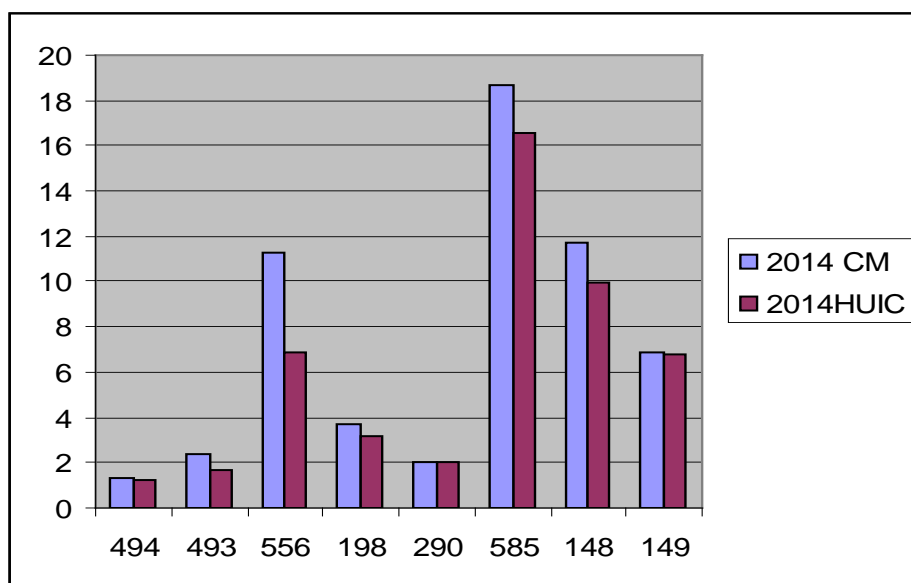


Figura 35. Estancia por GRDs en el año 2014.

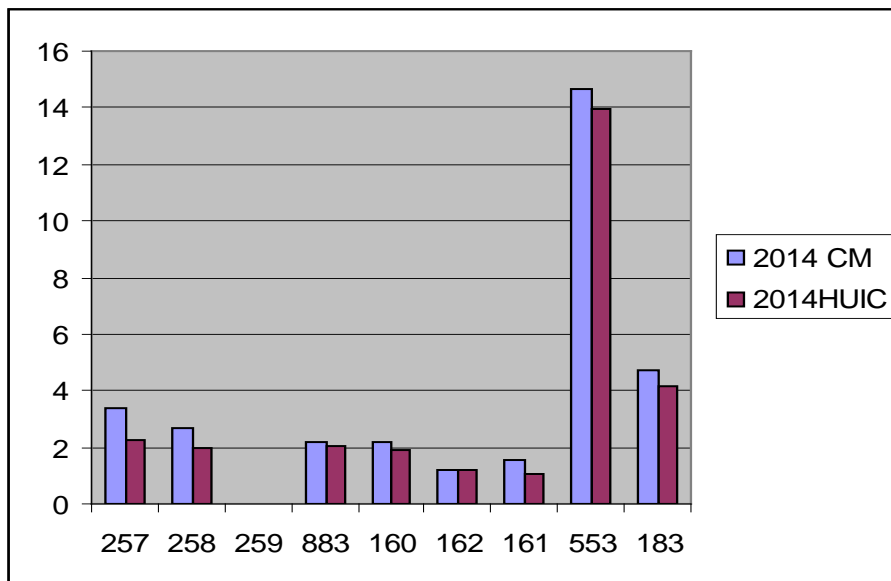


Figura 36. Estancia por GRDs en el año 2014.

En el año 2015 se analizaron 19.365 pacientes. La EM fue de 5,31 frente a 4,18 del HUIC. Los GRDs 290 y 883 han resultado mejor en el estándar, en el resto el HUIC tuvo una menor estancia por GRDs.

Tabla 44. Análisis comparativo de estancias por GRDs (días) entre la CAM y el HUIC en pacientes de CMA

	2009 CAM	2009 HUIC	2011 CAM	2011HUIC	2013 CAM	2013HUIC	2014 CAM	2014HUIC	2015 CAM* 1-2	2015 HUIC
158	1,31	1,47	2,22	1,47	1,28	1,25	1,32	1,47	1,87	2,80
162	1,24	1,23	1,27	1,23	1,18	1,31	1,22	1,17	1,46	1,44
160	2,18	2,21	2,91	1,64	2,11	1,98	2,15	1,90	2,36	2,20
167	2,24	2,15	2,62	2	1,82	1,87	1,96	1,79	2,23	1,76
159	5,50	2,33	3,04	1,64	-	-	-	-	4,38	2,98
157	4,78	5,43	5,20	2,5	-	-	-	-	2,89	1,98
154	17,60	8,33	11,5	11,64	-	-	-	-	12,85	8,91
198	7,19	3,55	5,08	3	-	-	3,69	3,17	5,38	3,21
261	1,93	0,92	2,44	1	-	-	2	1,44	2,38	2,07
166	7,15	3,63	4,5	3,27	-	-	-	-	6,78	4,00
208	6,45	4	7,29	5,13	-	-	-	-	-	2,68

En letra negrita se señalan los GRDs en los que la estancia fue superior en el HUIC dentro de cada año

* Datos correspondientes únicamente a los grupos 1 y 2 de hospitales de la CAM.

-: Dato no disponible

Los procedimientos de la tabla 44 son potencialmente ambulatorizables. Tanto la tasa de ambulatorización como el índice de sustitución del servicio fueron mejores que los estándares. Sin embargo, los resultados obtenidos fueron mejores globalmente que los de la referencia de la CAM.(161)

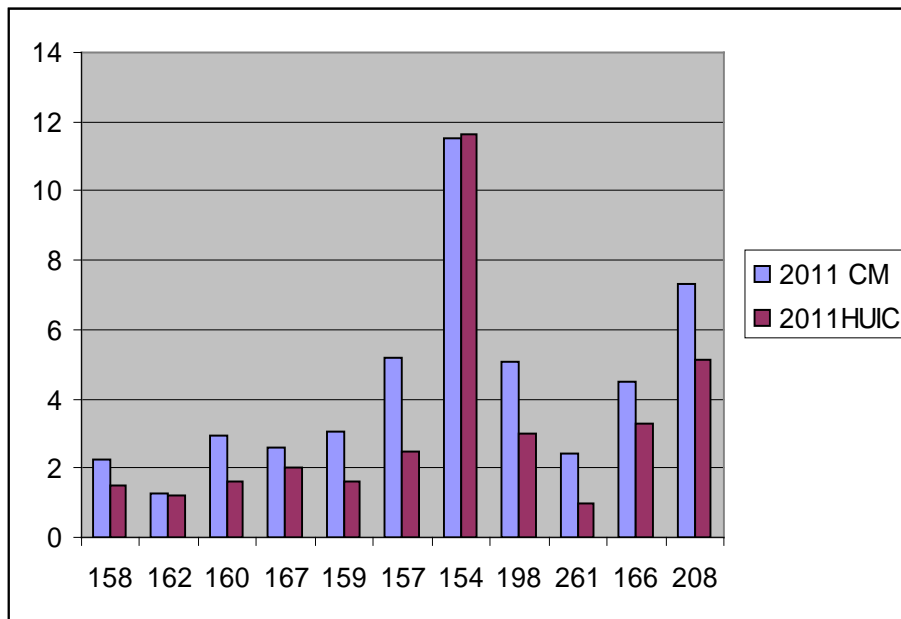


Figura 37. Estancia por GRDs en el año 2011.

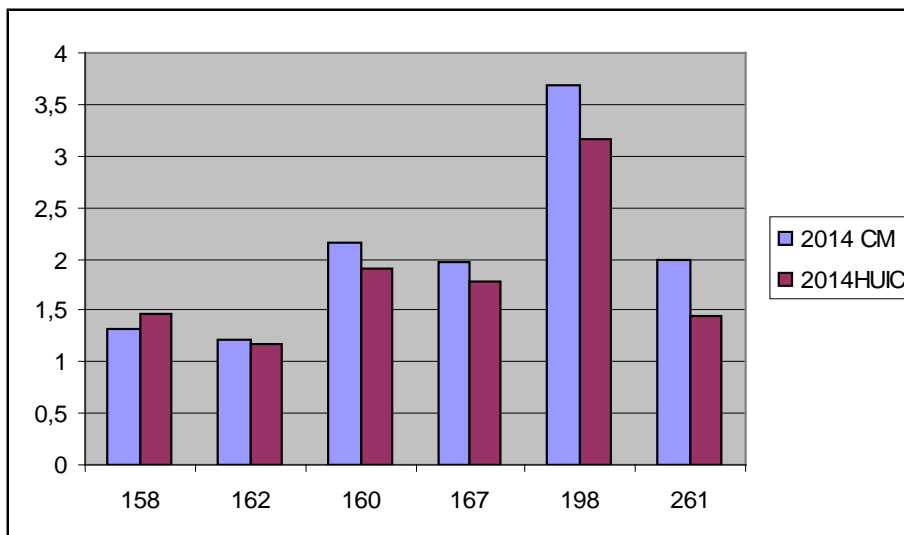


Figura 38. Estancia por GRDs en el año 2014.

Procedimientos ambulatorios de los grupos 1 y 2 de hospitales de la CAM

En el año 2009 el 43,36% (11.727 pacientes) fueron cirugías sin ingreso en los hospitales de la CAM tipo 1 y 2. El Servicio de CGD del HUIC tuvo un índice de ambulatorización del 52,92%.(161)

Tabla 45. Comparación de los índices de ambulatorización por GRDs entre los hospitales de los grupos 1 y 2 de la CAM y el HUIC en los años 2009 y 2015.

	2009* CAM	2009 HUIC	2015* CAM	2015 HUIC	Diferencia**	Nº pacientes
162	49,40	72	63,37	83,85	+19,48	135
270	97,29	-	97,93	94,44	-3,49	102
158	28,44	23,20	43,64	86,00	+42,36	86
267	84,51	89,30	87,98	95,23	+7,25	80
160	40,62	-	56,94	65,51	+8,57	76
262	80,12	-	96,26	98,43	+2,17	63
261	35,98	50,70	52,27	79,16	+26,89	38
266	-	-	89,42	70,73	-18,69	29
260	13,11	-	46,67	33,33	-13,24	11

En letra negrita se señalan el índice de ambulatorización superior en el HUIC dentro de cada año.

* Datos correspondientes únicamente a los grupos 1 y 2 de hospitales de la CAM.

**Índice de ambulatorización 2015 HUIC- Índice ambulatorización 2015 CAM 1 y 2.

-: Dato no disponible

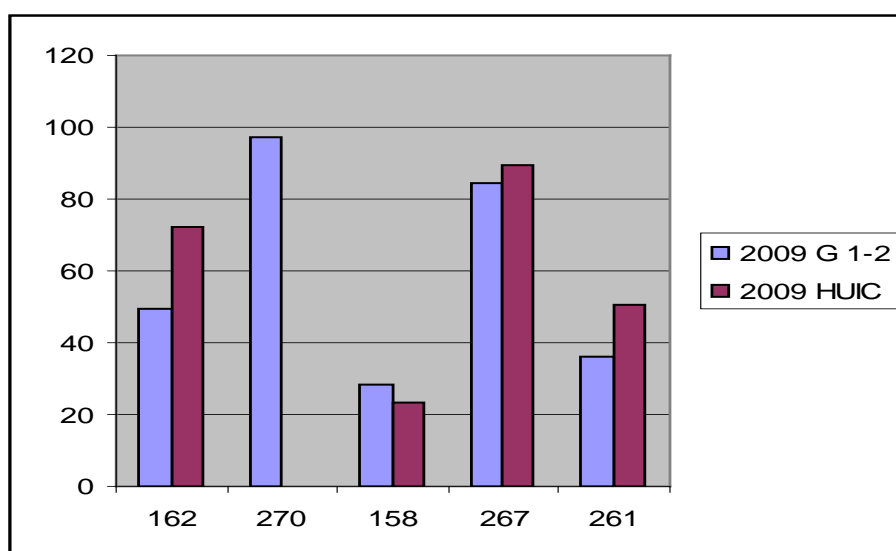


Figura 39. Procedimientos ambulatorios en el año 2009.

En el 2015 el 47,58% (14.554 pacientes) fueron tratamientos en régimen de CMA. El índice de ambulatorización del HUIC fue de 51,44%. Del procedimiento más habitual, nº 270 (procedimientos sobre piel), se realizaron 102 sobre 6.018 registrados, ya que los hizo generalmente Dermatología. El más prevalente en el HUIC fue el 162 (procedimientos sobre hernia). Se incluyeron exclusivamente los procedimientos superiores a 10 casos/año y se colocaron en orden decreciente al nº de pacientes.

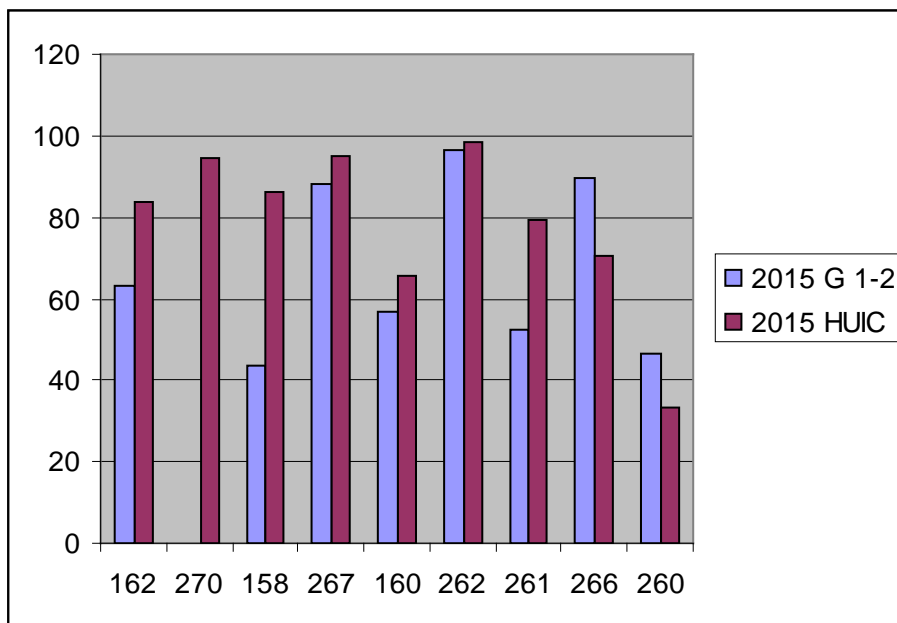


Figura 40. Procedimientos ambulatorios 2009.

La tasa de ambulatorización se puede observar en la tabla 45: el HUIC superó al grupo 1 y 2 en la mayoría de los procedimientos, excepto en el 270, 266 (injerto piel y/o desbridamiento, celulitis sin complicaciones) y 260 (mastectomía subtotal por neoplasia maligna sin complicaciones).

De la tabla 46 llaman la atención algunos datos. La actividad ambulatoria, la EM, la EM prequirúrgica y la tasa de mortalidad obtuvieron resultados muy

positivos. Por el contrario, en el análisis negativo aparecieron las complicaciones y especialmente los reingresos.

Tabla 46. Comparación de algunos indicadores entre los hospitales del grupo1 de la CAM y el HUIC.

Indicador	Media hospital grupo 1	HUIC
Altas ambulatorias (%)	43,15	58,52
EM (días)	5,23	4,03
EM prequirúrgica (días)	0,54	0,31
Complicaciones (%)	7,94	11,09
Reingresos (%)	1,55	8,50
Mortalidad (%)	1,34	0,43

Benchmarking

A nivel institucional se tomó la decisión estratégica de contratar una agencia de evaluación externa (lasits) para analizar la actividad hospitalaria. Es muy importante que el responsable del servicio o unidad conozca bien en qué consiste la técnica del benchmarking y asuma lo que supone, que es una apuesta por el cambio y la mejora continua. Es preciso que exista en todo momento de su aplicación comunicación a los profesionales y que se obtenga la aceptación por su parte. (165)

A nivel de nuestro servicio la valoración de los resultados fue muy positiva y nos estimuló para continuar en esa línea de trabajo. Particularmente importantes nos parecen el ahorro de estancias hospitalarias y el aumento de la cirugía sin ingreso.

Existe en la actualidad una tendencia a la progresiva comparación entre centros. Al menos desde un punto de vista conceptual, una auditoría externa

presenta ciertas ventajas: aporta más datos que el cuadro de mandos normal, es en principio totalmente objetiva y utiliza los pesos en el análisis afinando más los cálculos. No obstante, no está exenta de posibles inconvenientes, tales como la aplicación de un coste adicional para la institución, o el hecho de que en ocasiones pueda suponer un mecanismo de presión por parte de los directivos

Costes de la asistencia

Cuando hablamos de economía sanitaria un criterio a tener claro es la diferencia entre coste y gasto. El coste es el elemento principal de la contabilidad analítica y se define como el consumo valorado en unidades monetarias de bienes y servicios el cual es necesario para llevar a cabo el proceso productivo. El gasto es un concepto directamente relacionado con la adquisición de cualquier bien o servicio, mientras que para que se produzca un coste no es necesaria la adquisición sino el consumo de un recurso. (66)

Cuando se puso en marcha nuestro hospital los costes por estancia hospitalaria eran superiores a los de los hospitales del entorno, puesto que a la actividad asistencial debíamos añadir las inversiones. Para hacer una verdadera imputación de costes deberíamos definir claramente los grupos funcionales homogéneos (por ejemplo, CGD). En nuestro hospital la imputación de costes se realiza por áreas de funcionamiento. En la contabilidad analítica se puede conseguir analizar el coste por servicio e incluso el coste por proceso. En la tabla 47 se pueden observar los gastos totales del hospital y su relación con las UCH. En el informe del Servicio Nacional de Salud del año 2014 el coste por UCH fue de 4.786€, algo superior al nuestro, lo que obliga a ser eficientes. Debemos tener en cuenta que la UCH es variable a lo largo de los

años, puesto que es el resultado del peso de los procedimientos por el número de altas. La Consejería de Sanidad de la CAM es la responsable de fijar el coste por UCH.

Tabla 47. Informe financiero del HUIC.

Indicadores	2009	2015
Nº altas HUIC	9.336	9.298
Peso de las altas	1,424	1,615
Nº procesos CMA	3.474	4.340
Total estancias (días)	44.993	45.860
Coste estancia (€)	1.511	1.723
Total UCHs	16.101	18.357
Coste UCH (€)	4.223	4.305
Gasto total HUIC (€) (sin gastos financieros)	68.002.776	79.038.058

Los costes más importantes de los procedimientos en cirugía general se refieren a los procedimientos mayores de intestino, colecistectomía, procedimientos sobre hernia, procedimientos en región perianal y apendicectomía. Probablemente, hoy esto esté cambiando al reducir las estancias de estas patologías de modo considerable, ya que muchas de ellas se realizan sin ingreso. (46)

En relación a los costes en **material fungible**, el producto más caro que se empleó fueron las prótesis mamarias. Se diseñó un protocolo de utilización que cumplimos estrictamente.

En el **resto de los productos sanitarios** el uso es razonable tanto en selladores vasculares, suturas mecánicas, instrumental laparoscópico y prótesis herniarias.

En relación con el **consumo de productos farmacéuticos** (Tabla 33, Fig. 21), en un tope adjudicado a la UR de 100.000€, se puede ver que nunca se sobrepasó, es más a partir del año 2011 se bajó sustancialmente. Tuvo una relativa importancia la protocolización de la nutrición parenteral y la utilización de la antibioterapia según los protocolos del hospital.

Respecto a los **planes de inversiones** a lo largo del periodo de estudio, ya se ha señalado en el apartado de “Resultados” el equipamiento que habían adjudicado, incluso que algún equipo se consiguió mediante donaciones.

Una buena inversión para todos los servicios quirúrgicos sería disponer de 8 quirófanos para la cirugía electiva todos los días, dejando uno solo para la cirugía urgente. Esto supondría 22 quirófanos más al mes con un mínimo de 3 quirófanos por Unidad quirúrgica al mes.

5.3.12 PACTOS POR OBJETIVOS

El trabajo por objetivos fue instituido por el equipo directivo desde el inicio del funcionamiento del hospital y para muchos trabajadores resultó una auténtica innovación.

En la mayoría de los hospitales no existen objetivos concretos de unidad e individuales. Para nuestro servicio la existencia de objetivos definidos supuso una mayor implicación en la actividad en todas sus áreas de funcionamiento y un compromiso personal de todos los facultativos. Los buenos resultados obtenidos en los criterios asistenciales analizados podrían avalar las ventajas de este tipo de funcionamiento, tanto a corto como a medio plazo.

Todos los años durante el primer trimestre los objetivos se consensuaban entre los facultativos y el jefe, y entre el jefe y la Dirección. Sobre el trabajo por objetivos simplemente cabe reseñar su valor positivo y que se ha convertido en un criterio diferenciador desde el punto de vista cualitativo con la mayoría de los hospitales del entorno.

En apartado de “Material y Método” del presente trabajo se enumeran todos los realizados hasta este momento y su cumplimiento individual y de la Unidad fue prácticamente del 100%. Si analizamos el estudio de lametrics (Tabla 31) el único objetivo que no se cumplió fue la estancia preoperatoria, mejorada en los últimos años (0,3 días). Si nos fijamos en la evaluación de la dirección del hospital, no se cumplió el objetivo de reducir las suspensiones del parte quirúrgico (>5%), lo que supone un parámetro a intentar mejorar.

En la tasa de complicaciones también hay discordancia entre la tasa bruta que analiza el hospital y la tasa más fina, ya que el benchmarking incluye el peso de los pacientes.

En relación al control de los efectos adversos, no hubo conciencia hospitalaria de identificarlos e incluirlos en el documento de Selene. Una posible explicación a este hallazgo podría ser que existiera un cierto temor por parte del personal ante las consecuencias derivadas de la notificación. Es un objetivo claro a mejorar.

5.3.13 MOTIVACIÓN Y SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES

Muchas cosas se pueden hacer en los hospitales para motivar a los profesionales y que se sientan satisfechos con el trabajo realizado. Esto no

significa que cada cual funcione autónomamente y no colabore con el resto del equipo. La motivación y satisfacción de los profesionales es un pilar en el que se asientan las organizaciones. Un trabajador satisfecho, valorado en el ejercicio de su profesión, con espíritu de crecimiento es vital en el funcionamiento de cualquier empresa. Nuestra empresa, cuyo objetivo es mejorar la salud de los enfermos, también se ve favorecida si los profesionales llegan al trabajo con interés, positividad, etc.

Citaré algunas de las que hemos implantado en el hospital y posteriormente las que han sido utilizadas en cirugía.

1.- **Encuestas bianuales** a todos los trabajadores. Los resultados de las cuatro encuestas (Tabla 33) indicaron una gran autoestima, una satisfacción con su trabajo destacada y una motivación intrínseca en crecimiento.

Bien es cierto que reflejaron la gran carga de trabajo (lo señalaron entre el 65%-80%), que conocemos que no ocurre en otros hospitales. Las principales prioridades de los facultativos fueron las económicas (señalado como primer criterio por el 75%) y las docentes (50%-60%). Respecto a las económicas, aunque la posibilidad de mejora era limitada, desde la Comisión de satisfacción se elaboró un documento en relación con “la productividad variable” con el fin de que se pudiera discriminar económicamente la calidad y el esfuerzo en la asistencia y el compromiso con la Institución. La docencia extrahospitalaria (cursos, congresos, etc.) en los últimos se convirtió en un problema porque las casas comerciales que soportaban el coste de los mismos tenían verdaderos problemas para colaborar. La valoración de los jefes directos era bastante

buena (próxima al 7 sobre 10), sin embargo, no opinaban lo mismo del equipo directivo.

2.- La **gestión por competencias**. Las competencias son el conjunto de actitudes, aptitudes y conocimientos relacionados con el buen desempeño en el puesto de trabajo que permiten gestionar los RRHH de una organización. A partir de las competencias se puede conseguir una selección de profesionales, evaluación del desempeño y formación. (166)

En el año 2011 se elaboró un catálogo de competencias con la finalidad de mejorar el funcionamiento interno de las UR, las cuales serían de aplicación a todos los empleados de nuestro hospital. Se plantearon trece líneas de trabajo que implicaban a todo el personal del hospital, pero con el paso del tiempo se fueron difuminando.

3.- **Entrevista personalizada**. Estaba basada en la experiencia del autor durante el periodo de Director Médico en el Hospital Universitario de Fuenlabrada (2003), en el que tuve la responsabilidad del proceso de selección de los Jefes de las UR y de los facultativos, así como en el documento elaborado por el grupo Tea-Cegos. Desde la puesta en marcha de nuestro hospital, realizo al menos una entrevista personalizada anual a cada uno de los facultativos, basada en el nivel de competencias para el puesto. Se repasa durante un tiempo la evolución del año anterior en el ámbito personal y profesional. Creo que es muy positiva y saludable, es más, los miembros del servicio tienen interés en que se siga realizando.

4.- **Capacitación profesional**. El crecimiento de los facultativos del equipo ha sido muy destacable en los últimos años. Se ha facilitado la formación en otros hospitales, han asistido a cursos, se ha mejorado el equipamiento, etc.

5.- **Trabajo por objetivos.** Supone un mayor esfuerzo para los profesionales, ya que además de su actividad asistencial deben realizar otra más relacionada con la gestión o la calidad. A pesar de todo, creo que es positivo.

6.- **Distribución de la gestión en las áreas de trabajo.** También condiciona un mayor trabajo y, sobre todo, una mayor responsabilidad; pero conduce a un crecimiento mayor como profesional.

La motivación para Casas (24) es el conjunto de factores dinámicos que mueven a la persona a actuar con un objetivo y distintos grados de esfuerzo y persistencia. La conducta motivada puede tener su origen tanto en factores internos como externos. Existen muchas teorías sobre la motivación. Un modelo señala la relación entre rendimiento, satisfacción y recompensas, destacando la importancia de la idoneidad en el puesto de trabajo y la adecuada medición del rendimiento, de manera que la distribución de recompensas sea equitativa.

La satisfacción laboral es una actitud o conjunto de actitudes que las personas desarrollan respecto al trabajo que realizan en general o a aspectos particulares del mismo. (24)

Los resultados del estudio de Alonso(167) revelan que un modelo organizativo basado en la participación activa de los profesionales, en una comunicación positiva y en el compromiso profesional obtiene unos mejores resultados y establece relaciones interpersonales más positivas. Los responsables son figuras esenciales para conseguir un liderazgo integrador, facilitando la aportación de cada miembro del equipo y asegurando un clima laboral óptimo. Destaca la necesidad de intensificar las reuniones del grupo para consolidar el trabajo en equipo y la toma de decisiones consensuada. (167)

Para Rodríguez Montes los servicios clínicos son la célula básica sobre la que ha de sustentarse la actividad asistencial de los hospitales. Como objetivo general hay que mejorar de forma constante la competencia profesional de los facultativos. El jefe tiene la responsabilidad de mantener constantemente la actitud mental y profesional de su equipo, que garantice una actividad médica adecuada, con calidad óptima y a un coste razonable. El proceso directivo del jefe es sobre todo la motivación. El conocimiento es la principal fuerza responsable del éxito competitivo entre las instituciones.(168)

Echenique (11) pone encima de la mesa la posibilidad de la flexibilización en el sistema retributivo. Este asunto tiene su dificultad en los hospitales públicos, en los que como mucho solo se puede discriminar en la productividad variable, de manera casi testimonial y creando habitualmente conflictos internos.

La satisfacción con los médicos del HUIC en 2010-12 basada en las encuestas a los pacientes osciló entre el 89,40% y el 95,27%. Considero el hecho de que los pacientes valoren positivamente a los profesionales como otro estímulo motivador.

El trabajo en equipo es vital para el funcionamiento de la organización y de la UR. Todos los años cuando se expone la memoria del servicio se hace hincapié en la idea de “equipo”. Sin equipo no hay objetivos; solo hay individuos, algunos muy brillantes, pero o el equipo crece o se hunde. Como veremos muchos autores asocian equipo y motivación a liderazgo.

Rando Huluk define el equipo como un grupo que trabaja con patrones específicos priorizando los objetivos comunes sobre los individuales. En la práctica médica las metas son aumentar la seguridad del paciente y mejorar la calidad asistencial. (169)

Los pilares en los que se basa el trabajo en equipo son liderazgo, comunicación entre los miembros, monitorización situacional, comportamiento de respaldo mutuo y adaptabilidad al cambio. El líder debe incentivar el desarrollo de las capacidades personales, de las habilidades que favorezcan el trabajo en equipo, la planificación, la organización y la generación de un ámbito agradable en el trabajo.

Para que un equipo multidisciplinario trabaje en sintonía, dice Arrea que es preciso una comunicación fluida, frecuente y respetuosa, así como un afán en la colaboración. El líder debe conocer y valorar las opiniones de su equipo y la responsabilidad debe ser compartida. (170)

Alonso en el estudio sobre la relación en su UPM comprobó que el trabajo en equipo facilita la comunicación interna, favorece las relaciones interpersonales y conduce a unos mejores resultados. (167) Una unidad multidisciplinar bien conexcionada es garantía de éxito.

Las personas invertimos un tercio de nuestra vida en el lugar de trabajo, siendo las situaciones de tensión y el estrés laboral una de las consecuencias de la salud física y mental de las personas. Como consecuencia de lo anterior García Campayo (171) detecta que puede surgir el síndrome de *burnout* focalizado en las respuestas emocionales de las personas afectas. Los profesionales de la sanidad están especialmente expuestos a este síndrome.

El clima laboral es el conjunto de todas las personas y grupos con los que la organización intercambia información, resultados, etc. Para mejorarlo es recomendable reducir las situaciones de tensión, aumentar el compromiso y la implicación, aumentar la satisfacción y motivación de los trabajadores y fomentar la cooperación mutua. Cuando en las organizaciones se forman

equipos se reducen costes, se favorece la integración de los miembros y se fomenta la creatividad. En los equipos multidisciplinares se deben manejar adecuadamente los conflictos. Es de vital importancia la comunicación entre las personas.

5.4 REFLEXIONES FINALES

La puesta en marcha del Hospital del Sur, ahora denominado “Infanta Cristina”, constituyó un reto para el equipo directivo, para los jefes y para el resto del personal.

Los inicios fueron complicados puesto que hubo que definir cómo y con quién íbamos a funcionar. La mayoría de los profesionales nos conocimos en ese momento: personas que veníamos de diferentes hospitales, con una manera distinta de trabajar, con criterios propios, que tuvimos que consensuar para conseguir dar la mejor asistencia a los pacientes.

Muchas horas de conversaciones, muchos documentos, muchos pactos. Los primeros meses solo estábamos los jefes de las unidades y la Dirección. Esto favoreció un contacto personal firme que se ha mantenido hasta este momento y que considero ha sido pieza clave en el funcionamiento del hospital a lo largo de los años, a pesar de los avatares que han ido sucediendo. Pieza clave, si, en ella nos hemos apoyado y creo que la hemos ido transmitiendo continuamente. Es un sentimiento especial, no se puede cuantificar. No todo el mundo tiene esa oportunidad, por lo que es difícil saber qué se siente; pero puedo indicar que te da unas fuerzas enormes para superar las dificultades. Abrir un hospital y dar origen a un servicio no es tarea fácil. Se empieza de

cero, pero al poco tiempo todo debe funcionar correctamente, puesto que no olvidemos que nuestro trabajo son los pacientes.

Progresivamente se fueron incorporando el resto de profesionales sanitarios y no sanitarios. Enseguida se les adjudicaron tareas que fueron haciendo crecer las relaciones personales y profesionales. El tamaño del hospital favorece los contactos y facilita mucho cualquier labor asistencial.

El futuro arrojará luz acerca de si este proyecto se podrá mantener en el tiempo. El análisis de los resultados en los próximos años confirmará la evolución de la gestión del servicio de CGD del HUIC. Este proyecto, motivo de estudio de esta tesis, confirma en sus resultados que se está en el camino adecuado.

Las posibles **limitaciones del estudio** son:

- Trabajo retrospectivo
- Escasas publicaciones en las que apoyarse para construir una adecuada hipótesis
- Dificultades para encontrar datos de actividad asistencial, con los que compararnos
- Reproducibilidad, debida a la mínima creación de nuevos servicios de cirugía general

6. CONCLUSIONES

1.- El proyecto para concurrir a la Jefatura de Servicio del Hospital del Sur se consideró correctamente elaborado en cuanto a su estructura, organización y programación de la actividad, y sus resultados cumplieron los objetivos del plan inicial de apertura.

2.- Los planes funcionales anuales (2008-2015) se cumplieron prácticamente en su totalidad, atendiendo a los objetivos propuestos en cada una de las áreas de análisis (actividad asistencial, docencia e investigación, calidad y gestión).

3.- El trabajo por objetivos se consolidó como un criterio diferenciador positivo y de calidad asistencial.

4.- La implicación de la jefatura y de los responsables de las áreas asistenciales en la gestión otorgó valor y compromiso al Servicio.

5.- La motivación de los miembros del Servicio favoreció el trabajo en equipo, mejorando el cumplimiento de los objetivos marcados.

BIBLIOGRAFIA

1. Jover Ibarra J. Determinantes de salud e intervenciones sanitarias. Los servicios de salud pública. En: Curso de experto universitario en gestión de Unidades Clínicas. Módulo 1. Tema 1:1-36 [Internet]. UNED.; 2000. Available from: <https://formacionpermanente.uned.es/>
2. Emparán García de Salazar C. Gestión de la calidad. In: Aguiló Lucía J, Soria Aledo V Gestión clínica en cirugía Guía Clínica de la AEC. 2ª Ed. Madrid: Ed. Arán.; 2016. p. Capítulo13:201-213.
3. Arias Menéndez NE. Gestión clínica: dirección y formalización contractual. En: Curso de experto universitario en gestión de Unidades Clínicas. Módulo 6. Tema 2:35-60 [Internet]. UNED.; 2000. Available from: <https://formacionpermanente.uned.es/>
4. Alcalde Escribano J, Landa García JI, Ruiz López P. Capitulo 1: Introducción a la gestión clínica. In: Ruiz López P, Alcalde Escribano J, Landa García JI Gestión clínica en cirugía Guía AEC. 1ª ed. Madrid: Ed. Arán.; 2005. p. 23–40.
5. Lamata Cotanda F. Prestaciones y redes de servicios sanitarios. En: Curso de experto universitario en gestión de Unidades Clínicas. Módulo 1. Tema 5:153-226 [Internet]. UNED. Madrid; 2000. Available from: <https://formacionpermanente.uned.es/>
6. Ortuño Mirete J. El papel del jefe de unidad clínica. En: Curso de experto universitario en gestión de Unidades Clínicas. Módulo 5. Tema 6: 199-228 [Internet]. UNED. Madrid; 2000. Available from: <https://formacionpermanente.uned.es/>
7. Pérez Gorostegui E. Dirección y funciones directivas. En: Curso de experto universitario en gestión de Unidades Clínicas. Módulo 5. Tema 1:1-34 [Internet]. UNED. Madrid; 2000. Available from: <https://formacionpermanente.uned.es/>
8. Gálvez Zaloña R. Unidades clínicas: gestión operativa e instrumentos de práctica clínica. En: Curso de experto universitario en gestión de Unidades Clínicas. Módulo 6. Tema 5:141-172 [Internet]. UNED. Madrid; 2000. Available from: <https://formacionpermanente.uned.es/>
9. Aguayo Albasini JL, Morales Cuenca G, Aguilar Jiménez. Memoria de la especialidad y de gestión de un Servicio de Cirugía General y del Aparato

Digestivo. Capítulo 18: In: Ruiz López P, Alcalde Escribano J, Landa García JI Gestión clínica en cirugía Guía AEC. 1ª ed. Madrid: Ed. Arán.; 2005. p. 429–466.

10. Vila-Blanco JM, A de Pedro-Moro J, Escribano-Ulívarri C. Áreas clínicas: planificación y creación de institutos y unidades en un hospital del Sistema Nacional de Salud. Cir Esp. :224–30.

11. Echenique Elizondo M, Díaz Aguirregoitia J. Organización y gestión hospitalaria hoy. Servicio de Cirugía. Universidad del País Vasco. Donostia. Conserjería de Sanidad del País Vasco. Osasunaz; 2003.

12. Consejería de Sanidad. Plan Estratégico de la especialidad de Cirugía General y Aparato Digestivo de la Comunidad de Madrid [Internet]. Comunidad de Madrid; 2012. Available from: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3D121009+PLAN+ESPECIALIDAD+CIRUG%C3%8DA.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1311064104784&ssbinary=true>

13. Cabezali Sánchez. R. Capítulo 4: Plan estratégico. In: Aguiló Lucía J, Soria Aledo V Gestión clínica en cirugía Guía Clínica de la AEC. 2ª Ed. Madrid: Ed. Arán.; 2016. p. 77–91.

14. Jordán Balanza JC. Capítulo 1: Recursos estructurales. In: En: Aguiló Lucía J, Soria Aledo V Gestión clínica en cirugía Guía Clínica de la AEC. 2ª Ed. Madrid: Ed. Arán.; 2016.

15. Cabezali Sánchez R, Huerga Álvarez D. Capítulo 2: Recursos materiales. In: Aguiló Lucía J, Soria Aledo V Gestión clínica en cirugía Guía Clínica de la AEC. 2ª Ed. Madrid: Ed. Arán.; 2016. p. 47–59.

16. Colina Alonso A. Capítulo. 3: Personal. In: Aguiló Lucía J, Soria Aledo V Gestión clínica en cirugía Guía Clínica de la AEC. 2ª Ed. Madrid: Ed. Arán.; 2016. p. 61–73.

17. Colina Alonso A. Capítulo. 27: Liderazgo. Compromiso con la organización. Motivación y estrés. In: Aguiló Lucía J, Soria Aledo V Gestión clínica en cirugía Guía Clínica de la AEC. 2ª Ed. Madrid: Ed. Arán.; 2016. p. 407–18.

18. Cuadrado García de Mendoza JM. Liderazgo y negociación. Principios aplicables en unidades clínicas. En: Curso de experto universitario en gestión

de Unidades Clínicas. Módulo 5. Tema 4:103-174 [Internet]. UNED. Madrid; 2000. Available from: <https://formacionpermanente.uned.es/>

19. Montero Guerra JM. Curso: Liderazgo y vision estratégica. Hospital Universitario de Parla; 2014.

20. Repullo JR. Curso: Liderazgo y Gestión. Su aplicación en organizaciones sanitarias. Hospital Universitario de Parla; 2015.

21. Lorenzo S, Arenez S, Ruiz P. Gestión de la calidad de un servicio de cirugía general. *Cir Esp.* 2000;67(4):372–80.

22. Pérez Gorostegui E, Saavedra Robledo IM. Motivación y satisfacción. Políticas de incentivación. En: Curso de experto universitario en gestión de Unidades Clínicas. Módulo 5. Tema 3:67-102 [Internet]. UNED. Madrid; 2000. Available from: <https://formacionpermanente.uned.es/>

23. Sociedad española de directivos de la salud. Sedisa. Curso de gestión hospitalaria para mandos intermedios. Liderazgo y dirección de hospitales. p 1-74; 2009.

24. Casas Anguita J. Capítulo 24: La motivación de los profesionales como elemento clave para la gestión clínica. In: Ruiz López P, Alcalde Escribano J, Landa García JI *Gestión clínica en cirugía Guía AEC.* 1ª ed. Madrid: Ed. Arán.; 2005.

25. Sendino M, Sendino A, Sáez JC. Elementos necesarios para la realización de un proyecto técnico de gestión. *Todo Hosp.* 2001;177:357–61.

26. Ruiz López PM, Rodríguez Cuellar E. Capítulo7: Gestión de procesos. In: Aguiló Lucía J, Soria Aledo V *Gestión clínica en cirugía Guía Clínica de la AEC.* 2ª Ed. Madrid: Ed. Arán.; 2016. p. 115–128.

27. Ruiz López P, Alcalde Escribano J. Capítulo 5: Gestión de procesos asistenciales. In: Ruiz López P, Alcalde Escribano J, Landa García JI *Gestión clínica en cirugía Guía AEC.* 1ª ed. Madrid: Ed. Arán.; 2005. p. 143–63.

28. Arcelay A., Bacigalupe MT y col. Guía para la gestión de procesos. Dirección de Asistencia Sanitaria. [Internet]. Servicio vasco de salud. Vitoria.; 1999. Available from: <http://calidadasistencial.com/images/gestion/biblioteca/302.pdf>

29. Estévez Lucas J. Gestión por procesos. Una herramienta eficaz para la mejora continua. *Todo Hosp.* 1999;153:43–46.

30. Arcelay Salazar A. Gestión de procesos. Rev Calid Asist. 1999;14(4):245–46.
31. Delgado Velilla F, Mora Martínez JR. Manual de gestión por procesos. Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Madrid.: Ed. Delgado F, Mora JR.; 2014.
32. Delgado Velilla F, Mora Martínez JR. [Implementation of a quality model based on clinical management by processes in an orthopaedic surgery and traumatology department]. Rev Española Cirugia Ortop Traumatol. 2012 Feb;56(1):80–93.
33. Rodríguez Cuellar E, Ruiz López P, Gómez Fleitas M. Indicadores clínicos. In: Ruiz López P, Alcalde Escribano J, Landa García JI Gestión clínica en cirugía Guía AEC. 1ª ed. Madrid: Ed. Arán; 2005. p. 91–112.
34. Rodríguez Prieto I. Evaluación de la calidad asistencial en el manejo de los tumores digestivos. Nuevos circuitos en el manejo de los tumores digestivos. In: Oruezábal Moreno M J Algoritmos diagnóstico-terapéuticos en tumores digestivos. 1ª ed. Madrid. .; 2009. p. 329–44.
35. Rodríguez Pérez MP. Calidad asistencial: conceptos, dimensiones y desarrollo operativo. En: Curso de experto universitario en gestión de Unidades Clínicas. Módulo 2. Tema 4:123-160 [Internet]. UNED. Madrid; 2000. Available from: <https://formacionpermanente.uned.es/>
36. Oteo Ochoa LA, Ricoy Campo JR. Gestión clínica: transformación organizativa y desarrollo del conocimiento. En: Curso de experto universitario en gestión de Unidades Clínicas. Módulo 6. Tema 6: 173-204 [Internet]. UNED. Madrid; 2000. Available from: <https://formacionpermanente.uned.es/>
37. Emparán García de Salazar C. Capítulo13: Gestión de la calidad. In: Aguiló Lucía J, Soria Aledo V Gestión clínica en cirugía Guía Clínica de la AEC. 2ª Ed. Madrid: Ed. Arán.; 2016. p. 201–13.
38. Rubio Cebrián S. Principios de contabilidad de gestión aplicada a instituciones sanitarias. En: Curso de experto universitario en gestión de Unidades Clínicas. Módulo 3. Tema 6: 67-206 [Internet]. UNED. Madrid; 2000. Available from: <https://formacionpermanente.uned.es/>
39. Olivera G, Martínez Mª D. Tema 5A: Gestión de la calidad en el SNS. In: Curso de preparación para las OPEs del SERMAS [Internet]. 2015th ed.

Madrid: Amyts Formacion; 2015. p. 1–11. Available from: <http://formacion.amyts.es/>

40. Ministerio de Sanidad y Política Social. Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud 2010 [Internet]. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.; 2010. Available from: <http://www.mspsi.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalidad/PlanCalidad2010.pdf>

41. Ruiz López P, Alcalde Escribano J, Landa García JI. Cap. 6: Las vías clínicas. Una herramienta para la gestión de procesos. In: Ruiz López P, Alcalde Escribano J, Landa García JI Gestión clínica en cirugía Guía de la AEC. 1ª ed. Madrid: Ed. Arán.; 2005.

42. Durán E. Instrumentos de protocolización y guías de práctica clínica. En: Curso de experto universitario en gestión de Unidades Clínicas. Módulo 2. Tema 5:161-180 [Internet]. UNED. Madrid; 2000. Available from: <https://formacionpermanente.uned.es/>

43. Soria Aledo V, Carrasco Prats M. Capítulo 8: Guías de práctica clínica y vías clínicas. In: Aguiló Lucía J, Soria Aledo V Gestión clínica en cirugía Guía Clínica de la AEC. 2ª Ed. Madrid: Ed. Arán.; 2016.

44. Bonfill X. Medicina basada en la evidencia: un modelo para el desarrollo del conocimiento. En: Curso de experto universitario en gestión de Unidades Clínicas. Módulo 2. Tema 3:83-122 [Internet]. UNED. Madrid; 2000. Available from: <https://formacionpermanente.uned.es/>

45. Alberquilla Menéndez-Asenjo S, Gonzáles Rodríguez-Salinas C. Capítulo 2: Sistemas de información y medida del producto sanitario. In: Ruiz López P, Alcalde Escribano J, Landa García JI Gestión clínica en cirugía Guía AEC. 1ª ed.. Madrid: Ed. Arán; 2005. p. 43–89.

46. Meneu R. Variabilidad de las decisiones médicas y su repercusión sobre las poblaciones. Barcelona.: Ed Masson.; 2002.

47. Sarría Santamera A. Efectividad y variabilidad. En: Curso de experto universitario en gestión de Unidades Clínicas. Módulo 2. Tema 1: 1-42 [Internet]. UNED. Madrid; 2000. Available from: <https://formacionpermanente.uned.es/>

48. Quintana Trías O. Bioética y decisiones en salud. En: Curso de experto universitario en gestión de Unidades Clínicas. Módulo 2. Tema 6: 181-206

[Internet]. UNED. Madrid; 2000. Available from: <https://formacionpermanente.uned.es/>

49. Lázaro y de Mercado P. Unidades clínicas: motivaciones, incentivos, eficiencia y ética. En: Curso de experto universitario en gestión de Unidades Clínicas. Módulo 6. Tema 4:101-140 [Internet]. UNED. Madrid; 2000. Available from: <https://formacionpermanente.uned.es/>

50. Gil López E, Mata de la Torre JM. Medición de la salud y sistemas de información poblacional. En: Curso de experto universitario en gestión de Unidades Clínicas. Módulo 1. Tema 4:101-152 [Internet]. UNED. Madrid; 2000. Available from: <https://formacionpermanente.uned.es/>

51. Royo Bordona MA, Martín Moreno JM. Los instrumentos de la epidemiología clínica. En: Curso de experto universitario en gestión de Unidades Clínicas. Módulo 2. Tema 2:43-82 [Internet]. UNED. Madrid; 2000. Available from: <https://formacionpermanente.uned.es/>

52. Rodríguez Artalejo F. Medicina preventiva: promoción de la salud y prevención de la enfermedad en escenarios clínicos. En: Curso de experto universitario en gestión de Unidades Clínicas. Módulo 1. Tema 3:77-100 [Internet]. UNED. Madrid; 2000. Available from: <https://formacionpermanente.uned.es/>

53. Rubio Cebrián S. Medidas del rendimiento y tipos de evaluación. En: Curso de experto universitario en gestión de Unidades Clínicas. Módulo 3. Tema 3:67-102 [Internet]. UNED. Madrid; 2000. Available from: <https://formacionpermanente.uned.es/>

54. Ridao López. Capítulo 16: Evaluación económica. In: Ruiz López P, Alcalde Escribano J, Landa García JI Gestión clínica en cirugía Guía AEC. 1ª ed. Madrid: Ed. Arán; 2005. p. 383–400.

55. Rebase Cladera P. Capítulo 23: Bases económicas de la gestión clínica. In: Aguiló Lucía J, Soria Aledo V Gestión clínica en cirugía. Guía Clínica de la AEC. 2ª Ed. Madrid: Ed. Arán; 2016. p. 343–55.

56. Collado Yurrita R (Coordinador)., y Grupo de Trabajo. Gestión clínico financiera y coste por proceso. [Internet]. Instituto Nacional de la Salud Subdirección General Coordinación Administrativa; 2001. Available from: <http://www.ingesa.msssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/pdf/geclif2000.pdf>

57. Alonso Cuesta P, Rodríguez Roldán JM. Medidas de la actividad y la producción de los servicios en Atención Especializada. En: Curso de experto

universitario en gestión de Unidades Clínicas. Módulo 4. Tema 4:99-134 [Internet]. UNED. Madrid; 2000. Available from: <https://formacionpermanente.uned.es/>

58. BOE.es. Real Decreto 1030/2006 de 15 septiembre del Ministerio de Sanidad y Consumo por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. SICAR. [Internet]. Agencia estatal: Boletín oficial del estado. 2006 [cited 2017 Mar 26]. Available from: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-16212>

59. Francisco de Asís Jove Domínguez-Gil y grupo de trabajo. Proyecto SICAR. Metodología del desarrollo del sistema de información. Cartera de servicios de Atención Especializada. Instituto Nacional de la salud. Ministerio de Sanidad y consumo. [Internet]. Insalud; 2002. Available from: http://www.ingesa.msssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/cat_tecnicas_sicar2001.htm

60. Peiró Moreno S. Capítulo 12: Sistemas de información para la gestión clínica en cirugía. In: Aguiló Lucía J, Soria Aledo V Gestión clínica en cirugía. Guía Clínica de la AEC. 2ª Ed. Madrid: Ed. Arán; 2016. p. 185–200.

61. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Catálogo Nacional de Hospitales 2015. [Internet]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.; 2015. Available from: <https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/.../CN...>

62. Asís Jove F, Cortés Sanz M. Coordinadores de Guías Integradas asistenciales. Metodología para la estandarización de actividades basadas en la calidad y en los sistemas de clasificación de pacientes GRD. [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo.; 2001 p. 1–173. Available from: <http://www.ingesa.msssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/pdf/guiasIntegradas.pdf>

63. Coordinadores: Javier Yetano, Lopez Arbeloa G, Lopez Arbeloa P. Manual de descripción de los grupos Relacionados por el Diagnóstico. GRD. Servicio Vasco de Salud. Fundación Signo. año 2000. Donostia: Iglesias; 2000.

64. CIE- 9-MC. Clasificación internacional de enfermedades. 9ª Revisión Modificación Clínica. CIE- 9-MC. Vol 1. Enfermedades. Madrid; 1989.

65. CIE- 9-MC. Clasificación internacional de enfermedades. 9ª Revisión Modificación Clínica. CIE- 9-MC. Vol 2. Enfermedades. Madrid; 1989.
66. Aguayo Albasini JL, Morales Cuenca. Capítulo 17: Principios de contabilidad analítica hospitalaria. In: Ruiz López P, Alcalde Escribano J, Landa García JI Gestión clínica en cirugía. Guía AEC. 1ª ed. Madrid: Ed. Arán.; 2005.
67. Parrilla Paricio P, García L, Ignacio J, Moreno González E, Alarco Hernández A, Martínez Rodríguez E, et al. Proyecto de programa de la especialidad de cirugía general y del aparato digestivo. Cir Esp. :133–44.
68. Jordán Balanza JC. Capítulo 9: Lista de espera quirúrgica. In: Aguiló Lucía J, Soria Aledo V Gestión clínica en cirugía. Guía Clínica de la AEC. 2ª Ed. Madrid: Ed. Arán; 2016. p. 145–159.
69. Landa García JI, Villeta Plaza R, Alcalde Escribano J, Ruiz López P. Capítulo 10: Gestión de las listas de espera. Modelo de la AEC para priorización de procesos. In: Ruiz López P, Alcalde Escribano J, Landa García JI Gestión clínica en cirugía. Guía AEC. 1ª ed. Madrid: Ed. Arán.; 2005. p. 251–273.
70. Consejería de Sanidad. Plan integral de reducción de la espera quirúrgica. [Internet]. Comunidad de Madrid; 2004. Available from: www.madrid.org/.../Satellite?...filename%3DPlan+integral...Espera...
71. Alcalde Escribano J, Villeta Plaza R, Ruiz López P, Rodríguez Cuellar E, García L, I J, et al. Informe sobre los criterios para establecer prioridades al incluir pacientes en lista de espera de cirugía. Cir Esp. :349–58.
72. De Lorenzo Montero R. El consentimiento informado en cirugía. Madrid: Editores médicos S.A.; 1988.
73. González Valverde FM. Capítulo 19: Aspectos legales II. Información y consentimiento informado en el paciente quirúrgico. In: Aguiló Lucía J, Soria Aledo V Gestión clínica en cirugía. Guía Clínica de la AEC. 2ª Ed. Madrid: Ed. Arán.; 2016. p. 275–89.
74. Acea B. El consentimiento informado en el paciente quirúrgico. Reflexiones sobre la Ley Básica Reguladora de la Autonomía de los Pacientes. Cir Esp. :321–6.
75. Gómez-Arnau J, González A. [General principles for the clinical organization and management of a surgical unit]. Rev Esp Anesthesiol Reanim. 2001 Apr;48(4):180–7.

76. Pajuelo Gallego A. Bloque quirúrgico. [Internet]. Consejería de Salud de Andalucía. Sevilla; 2004. Available from: www.juntadeandalucia.es/salud.
77. Ministerio de Sanidad y Política Social. Bloque quirúrgico. Estándares y recomendaciones. capítulos: Análisis de la situación y Organización y gestión [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.; 2010 p. 27-32 ;65-6. Available from: www.msc.es/organización/sns/planCalidadSNS/docs/BQ.pdf.
78. Quintans Rodríguez A, Gómez-Arnau y Díaz Cañabate J, González Arévalo A. Capítulo 7: El bloque quirúrgico. In: Ruiz López P, Alcalde Escribano J, Landa García JI Gestión clínica en cirugía. Guía AEC. 1ª ed. Madrid: Ed. Arán.; 2005. p. 199–214.
79. Aguiló Lucía J, Rebas Cladera P. Capítulo 5: Actividad asistencial. In: Aguiló Lucía J, Soria Aledo V Gestión clínica en cirugía. Guía Clínica de la AEC. 2ª Ed. Madrid: Ed. Arán; 2016. p. 93–102.
80. Corella Monzón I, Albarracín Serra A. Análisis del rendimiento quirúrgico: el sistema TQE. Tema 8-33. In: Conceptos e indicadores básicos en economía. Madrid.: UNED y Escuela Nacional de Sanidad; 2012. p. 1–27.
81. Corella Monzón I, Albarracín Serra A y cols. Establecimientos de tiempos quirúrgicos estándar (TQEs) como herramienta de gestión de la lista de espera quirúrgica. Premio Profesor Barea 7ª edición 2009.
82. González A, de la Fuente N, del Río E, Zamora M, Nazar C. Cómo planificar, diseñar y organizar un centro de cirugía ambulatoria. Rev Chil Cir. :328–32.
83. Porrero Caro JL. Cálculo de espacios. Tipos de unidades. Ventajas e inconvenientes. In: Porrero Caro JL Cirugía mayor ambulatoria. Madrid: Ed Doyma.; 2015. p. 31–9.
84. Bustos Molina F. Estudio piloto de Directorio de Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria. Cirugía Mayor Ambulatoria. 2015;20(4):141–54.
85. Acosta Villegas F. Capítulo 9: Gestión y resultados de la cirugía mayor ambulatoria. In: Ruiz López P, Alcalde Escribano J, Landa García JI Gestión clínica en cirugía. Guía AEC. 1ª ed. Madrid: Ed. Arán.; 2005.
86. Guerrero Vaquero AM. Capítulo 8: Estructura y funcionamiento de la cirugía mayor ambulatoria. In: Ruiz López P, Alcalde Escribano J, Landa García JI Gestión clínica en cirugía. Guía AEC. 1ª ed. Madrid: Ed. Arán.; 2005.

87. Martínez Ramos C. Organización de una Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Diseño del programa. Aspectos estructurales. Reduca. Serie Medicina.2009; (1): 317-327.
88. Romero Simó M, Compañ Rosique AF, Arroyo Sebastián A. Capítulo 6: Organización por unidades de patología. In: Aguiló Lucía J, Soria Aledo V Gestión clínica en cirugía. Guía Clínica de la AEC. 2ª Ed. Madrid: Ed. Arán; 2016. p. 103–113.
89. Aguayo Albasini JL. Capítulo10: Actividad docente. In: En: Aguiló Lucía J, Soria Aledo V Gestión clínica en cirugía Guía Clínica de la AEC 2ª Ed Madrid 2016. p. 161–170.
90. Aguiló Lucía J, Sabont Montalt R. Capítulo 14: Seguridad del paciente en cirugía. In: Aguiló Lucía J, Soria Aledo V Gestión clínica en cirugía. Guía Clínica de la AEC. 2ª Ed. Madrid: Ed. Arán; 2016. p. 419–31.
91. Grande Posa L. Capítulo11: Actividad de investigación. In: Aguiló Lucía J, Soria Aledo V Gestión clínica en cirugía. Guía Clínica de la AEC. 2ª Ed. Madrid; 2016.
92. Hospital de Parla. Definición de los programas funcionales del plan de infraestructura sanitaria 2004-07. [Internet]. Consejería de Sanidad; 2004. Available from: intranet: Z:\Admision y Doc Clinica\Admision y Documentacion Clinica\DOCUMENTACIÓN CLÍNICA Y ARCHIVO
93. Comunidad de Madrid. Ley 4/2006, de 22 de diciembre de Medidas Fiscales y Administrativas. Capítulo IV. Recursos humanos. Artículo 10 del personal de las Instituciones Sanitarias p 25-6. [Internet]. [cited 2017 Mar 26]. Available from: http://www.madrid.org/wleg_pub/secure/normativas/contenidoNormativa.jsf;jsessionid=F12FA284FDF85E4C0E7B91613E1F8023.p0313335?opcion=VerHtml&nminorma=4209&cdestado=P#no-back-button
94. Estado Nacional. LEY 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. [Internet]. BOE; 2003. Available from: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2003-23101
95. Emparán García de Salazar C. Gestión de personal. Capítulo 15: In: Aguiló Lucía J, Soria Aledo V Gestión clínica en cirugía Guía Clínica de la AEC. 2ª Ed. Madrid: Ed. Arán.; 2016. p. 229–240.

96. Cual es el nivel de tu hospital? [Internet]. Salud con cosas. 2015. Available from: <http://saludconcosas.blogspot.com.es/2015/12/cual-es-el-nivel-de-tu-hospital.html>
97. Comunidad de Madrid. Decreto 111/2007, de 2 de agosto, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueban los Estatutos de la Empresa Pública Hospital del Sur, p 4-11. [Internet]. [cited 2017 Mar 26]. Available from: http://www.madrid.org/wleg_pub/secure/normativas/listadoNormativas.jsf?opcion=VerHtml&nmnorma=4637&cdestado=P&redir=false#no-back-button
98. Comunidad de Madrid. Orden 3078/2007, de 22 de noviembre, de la Consejería de Sanidad, por la que se aprueba el Reglamento de Régimen Interior del Hospital del Sur. p 1-10. [Internet]. [cited 2017 Mar 26]. Available from: http://www.madrid.org/wleg_pub/secure/normativas/listadoNormativas.jsf?opcion=VerHtml&nmnorma=4843&cdestado=P&redir=false#no-back-button
99. Comunidad de Madrid. Decreto 95/2010, de 29 de diciembre, del Consejo de Gobierno, por el que se modifican los Decretos por los que se aprueban los estatutos De las Empresas Públicas. p 18. [Internet]. [cited 2017 Mar 26]. Available from: http://www.madrid.org/wleg_pub/secure/normativas/contenidoNormativa.jsf?opcion=VerHtml&nmnorma=6826&cdestado=P#no-back-button
100. Comunidad de Madrid. Estatutos del Ente Público “Hospital de Fuenlabrada”. Reglamento de Régimen Interior. Hospital de Fuenlabrada. [Internet]. Decreto 196/2002, de 26 de diciembre, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueban los Estatutos del Ente Público “Hospital de Fuenlabrada” 2003. Available from: http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142401463024&language=es&pagename=HospitalFuenlabrada%2FPage%2FHFLA_contenidoFinal
101. Jiménez Jiménez J. Manual de gestión para jefes de servicio clínicos. Empresas Públicas. Hospital Costa del Sol. 2ª ed. Madrid: Ed Díaz de Santos.; 2000.
102. Comunidad de Madrid. BOCM: 30 enero de 2008 [Internet]. Comunidad de Madrid; 2008. Available from: http://w3.bocm.es/boletin/CM_Boletin_BOCM/20080130_B/02500.pdf
103. Olea Cano EG. Organización y funcionamiento de un servicio de cirugía en un hospital comarcal, durante los bienios 2000-2001 y 2002-2003. [Sevilla]: Sevilla; 2005.

104. Martín Martín JJ. Innovaciones y reformas Organizativas en el Sistema Nacional de Salud Español. Modulo 4 Tema 6. In: En Curso de experto Universitario en Gestión de Unidades clínicas. p. 177–224.
105. Escrig Sos VJ. Capítulo 24: Bases estadísticas para la gestión clínica I. In: Aguiló Lucía J, Soria Aledo V Gestión clínica en cirugía. Guía Clínica de la AEC. 2ª Ed. Madrid: Ed. Arán; 2016. p. 357–71.
106. SESCAM. Plan Estratégico Complejo Hospitalario de Toledo. 2000.
107. H. U. Infanta Cristina. Plan estratégico (Parla). Consejería de Sanidad; 2011.
108. Alonso Poza A. Proyecto de organización, funcionamiento y gestión de un servicio de cirugía general y del aparato digestivo. Madrid. 2007.
109. Seoane González JB. Proyecto de gestión del Hospital de Vallecas. Madrid. 2007.
110. García Ureña MA. Plan funcional del Servicio de cirugía. Hospital del Henares. Madrid; 2007.
111. Torres Jiménez J. Memoria de gestión para la jefatura de servicio de cirugía general y aparato digestivo. Hospital del Norte. Madrid. 2007.
112. Del Val Gil JM. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital General de Teruel "Obispo Polanco". [Internet]. 2008. Available from: www.opolanco.es/documentos/servicios.../Presentacion-CIRUGIA.pdf
113. Serra Díaz C. Memoria de funcionamiento del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital Virgen de los Lirios de Alcoy. [Internet]. Generalitat Valenciana. Agencia Valenciana de Salut.; 2007. Available from: [www.dep15.san.gva.es/.../hospital/.../Cirugia/MEMORIA%20DE%20FUNCION AMIE...](http://www.dep15.san.gva.es/.../hospital/.../Cirugia/MEMORIA%20DE%20FUNCION%20AMIE...)
114. Celdrán Uriarte A, Vorwald P, Pastor Idoate C. La especialidad de cirugía general y de aparato digestivo. Madrid: en la Fundación Jiménez Díaz. Libro del residente.; 2013. 1-32 p.
115. Lombardía Prieto J, Rodríguez Prieto I, Carreira Gómez M^a. C. Rodríguez Prieto I. Unidad de patología mamaria. In: La mama paso a paso. 1st ed. Madrid: Ediciones Argón, S. A.; 2002. p. 27–33.

116. Servicio madrileño de salud. Plan especial para la reducción de la espera en mamografías. [Internet]. Consejería de Sanidad; 2005. Available from:

<http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=Page&cid=1225254832675&idConsejeria=1109266187266&idListConsj=1109265444710&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura>

117. Torres M, Escobar A, López A, Rodrigo I, Gala Esther, Dotor M. Modelo de gestión integral multidisciplinario de la Unidad de mama. *Rev Calid Asist.* 2000; 5:50–8.

118. Basilio Bonet JE, Merck Navarro B, Cansado Martínez P, Calpena Rico R. Estructura y metodología de trabajo de las unidades funcionales de mama. In: Sierra García A, Piñero Madrona A, Illana Moreno J Cirugía de la mama Guía clínica de la AEC. 1º Ed. Madrid: Ed. Arán.; 2006. p. 73–9.

119. Aparicio Medrano J.C. Implantación del circuito rápido del cáncer colorrectal. *Parla: H. U. Infanta Cristina*; 2015 p. 1–9.

120. Gutierrez Romero R, Rodríguez Prieto I, Romero Gutierrez A. Bengoechea González E. Cirugía de corta estancia. Experiencia del Servicio de Cirugía del Hospital Virgen de la Salud. In: Giner Nogueras M Cirugía Mayor Ambulatoria. Ed. Syntex-Latino, S. A. (patrocinador). Tarragona: 1991. p. 15–22.

121. Calle JE, Parra P, Gomis R, Ramón T, San Eustaquio F. Use of the substitution index to identify improvement opportunities in major ambulatory surgery. *J Ambul Surg.* 2006;12:159–66.

122. Verde Remeseiro L, López Pardo y Pardo E. Índices de calidad en cirugía ambulatoria. *Cirugía Mayor Ambulatoria.* 2013;18(3):114–6.

123. Viñoles J, Argente P. Criterios de alta en cirugía ambulatoria. *Cirugía Mayor Ambulatoria.* 2013;18(3):125–32.

124. Olsen MA, Tian F, Wallace AE, Nickel KB, Warren DK, Fraser VJ, et al. Use of Quantile Regression to Determine the Impact on Total Health Care Costs of Surgical Site Infections Following Common Ambulatory Procedures. *Ann Surg.* 2017 Feb;265(2):331–9.

125. Gómez Fleitas M. Organización y gestión asistencial de un servicio de cirugía general. Madrid; 2006.

126. Mendoza Campos A. Manual de organización y funciones. Ministerio de Salud. Perú. Departamento de Cirugía Hospital María Auxiliadora. R.D. DG_HMA-; 2012.
127. García-Tornel MJ, Cañas AC, Hernández TC, Ayala JMC, Romero JMC, Castillo JJC, et al. Cirugía cardiovascular. Definición, organización, actividad, estándares y recomendaciones. *Cir Cardiovasc.* :15–38.
128. H. U. Infanta Cristina. Grupo de trabajo de calidad del Comité asesor del Parla. Implantación y evaluación del modelo EFQM. H. U. Infanta Cristina.; 2010.
129. Villeta Plaza R., Landa García I. Capítulo 20: Cirugía basada en la evidencia. In: Ruiz López P, Alcalde Escribano J, Landa García JI *Gestión clínica en cirugía Guía AEC.* 1ª ed. Madrid: Ed. Arán; 2005. p. 503–43.
130. Zhang M, Zhou S-Y, Xing M-Y, Xu J, Shi X-X, Zheng S-S. The application of clinical pathways in laparoscopic cholecystectomy. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int HBPD INT.* 2014 Aug;13(4):348–53.
131. Uchiyama K, Takifuji K, Tani M, Onishi H, Yamaue H. Effectiveness of the clinical pathway to decrease length of stay and cost for laparoscopic surgery. *Surg Endosc.* 2002 Nov;16(11):1594–7.
132. Yanagi K, Sasajima K, Miyamoto M, Suzuki S, Yokoyama T, Maruyama H, et al. Evaluation of the clinical pathway for laparoscopic cholecystectomy and simulation of short-term hospitalization. *J Nippon Med Sch Nippon Ika Daigaku Zasshi.* 2007 Dec;74(6):409–13.
133. Gurusamy KS, Kumar S, Davidson BR, Fusai G. Resection versus other treatments for locally advanced pancreatic cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 Feb 27;(2):CD010244.
134. Vaughan J, Gurusamy KS, Davidson BR. Day-surgery versus overnight stay surgery for laparoscopic cholecystectomy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Jul 31;(7):CD006798.
135. Loizides S, Gurusamy KS, Nagendran M, Rossi M, Guerrini GP, Davidson BR. Wound infiltration with local anaesthetic agents for laparoscopic cholecystectomy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 Mar 12;(3):CD007049.
136. Rao A, Polanco A, Qiu S, Kim J, Chin EH, Divino CM, et al. Safety of outpatient laparoscopic cholecystectomy in the elderly: analysis of 15,248 patients using the NSQIP database. *J Am Coll Surg.* 2013 Dec;217(6):1038–43.

137. Vallribera Valls F, Sala Pedrós J, Aguilar Teixidor F, Espín Bassany E. Influencia de la cirugía laparoscópica en la percepción de la calidad de vida tras apendicectomía. *Cir Esp.* :88–94.
138. Coordinador: Juan Francisco Navarro Gracia. Proyecto infección quirúrgica zero del SNS. Madrid 2015 [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. Ministerios de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2017 p. 1–94. Available from: <http://infeccionquirurgicazero.es/es/documentos-y-materiales/protocolos-de-trabajo/121619-protocolo-de-trabajo-del-proyecto-izq-2017>
139. Royal College of Physicians of Ireland Working Group on Prevention of Surgical Site Infection (2012). Preventing Surgical Site Infections. 2012 [Internet]. Escocia: Royal College of Surgeons in Ireland.; 2012. Available from: http://www.rcpi.ie/content/docs/000001/776_5_media.pdf
140. Nve Obiang E, Badía Pérez JM. Capítulo 5: Infección del sitio quirúrgico: definición, clasificación y factores de riesgo. In: Guirao Garriga X, Arias Díaz J Infecciones Quirúrgicas Guía Clínica de la AEC. 1 Ed. Madrid: Ed: Arán; 2006. p. 100–20.
141. Keenan JE, Speicher PJ, Thacker JKM, Walter M, Kuchibhatla M, Mantyh CR. The preventive surgical site infection bundle in colorectal surgery: an effective approach to surgical site infection reduction and health care cost savings. *JAMA Surg.* 2014 Oct;149(10):1045–52.
142. Berenguer CM, Ochsner MG, Lord SA, Senkowski CK. Improving surgical site infections: using National Surgical Quality Improvement Program data to institute Surgical Care Improvement Project protocols in improving surgical outcomes. *J Am Coll Surg.* 2010 May;210(5):737–41, 741–3.
143. Aguiló Lucía J. Capítulo 11: Efectos adversos en cirugía. In: Ruiz López P, Alcalde Escribano J, Landa García JI Gestión clínica en cirugía Guía AEC. . 1ª ed. Madrid: Ed. Arán; 2005. p. 277–294.
144. Martín A. Zarazaga A, Rodríguez JA. Monitorización de eventos adversos en un servicio de cirugía general mediante una base de datos interrelacionada. *Rev Esp Investig Quirúrgicass.* 2015;18(4):164–70.
145. Rebas P, Mora L, Vallverdú H, Luna A, Montmany S, Romaguera A, et al. [Adverse events in general surgery. A prospective analysis of 13,950 consecutive patients]. *Cirugia Espanola.* 2011 Nov;89(9):599–605.

146. Aranaz Jm, Aibar C, Vitaller J, Ruiz P. Estudio Nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud.
147. Aranaz-Andrés JM, Ruiz-López P, Aibar-Remón C, Requena-Puche J, Agra-Varela Y, Limón-Ramírez R, et al. [Adverse events in general and digestive surgery departments in Spanish hospitals]. *Cirugia Espanola*. 2007 Nov;82(5):268–77.
148. Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Vitaller-Murillo J, Ruiz-López P, Limón-Ramírez R, Terol-García E, et al. Incidence of adverse events related to health care in Spain: results of the Spanish National Study of Adverse Events. *J Epidemiol Community Health*. 2008 Dec;62(12):1022–9.
149. Aranaz JM, Ivorra F, Compañ AF, Miralles JJ, Gea MT, Limón R, et al. [Adverse events in ambulatory surgical procedures]. *Cirugia Espanola*. 2008 Nov;84(5):273–8.
150. Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Vitaller-Burillo J, Requena-Puche J, Terol-García E, Kelley E, et al. Impact and preventability of adverse events in Spanish public hospitals: results of the Spanish National Study of Adverse Events (ENEAS). *Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care*. 2009 Dec;21(6):408–14.
151. Merchante JM, Vega AM, Hernández AP, Lizarraga CA. [Analysis of the Agency for Healthcare Research and Quality Patient Safety Indicators in public hospitals of the Autonomous Region of Madrid (Spain)]. *Med Clin (Barc)*. 2010 Jul;135 Suppl 1:3–11.
152. Júdez Legaristi D, Aibar Remón C, Ortega Maján MT, Aguilera Diago V, Aranaz Andrés JM, Gutiérrez Cía I. [Incidence of adverse events in a general surgery unit]. *Cirugia Espanola*. 2009 Aug;86(2):79–86.
153. Rodríguez Fernández Z y colls. Mortalidad y reintervenciones en cirugía general. 2012 Santiago de Cuba; Available from: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol16_11_12/san041112.htm.
154. Romaguera Monzonís A, Moleiro A, de Castro X, Belloso N, Taouragt M, de Caralt E, et al. [Mortality analysis as a tool for quality improvement in a general surgery service]. *Cirugia Espanola*. 2006 Aug;80(2):78–82.

155. Zeballos J, Enríquez-Navascúes J.M. y colls. Mortalidad en las primeras 48 horas del ingreso en un servicio de cirugía general y digestiva. *Rev Esp Investig Quirúrgicass*. 2015;18(1):3–6.
156. Arias Díaz J. Capítulo 3: Utilización de índices de gravedad en la sepsis. In: Guirao Garriga X, Arias Díaz J *Infecciones Quirúrgicas Guía Clínica de la AEC*. 1 Ed. Madrid: Ed: Arán; 2006. p. 62–75.
157. Balongo García R, Espinosa Guzmán E, Naranjo Rodríguez P, Tejada Gómez A, Rodríguez Pérez M, Abreu Sánchez A. [Quality of life measurement in the postoperative period in general and gastrointestinal surgery]. *Cirugia Espanola*. 2010 Sep;88(3):158–66.
158. André S, Cunha M, Duarte J. Satisfaction with the healthcare provided of women who had undergone a mastectomy. *Aten Primaria*. 2016;48((Espec Cong 1)):240-46.
159. Aguiló Lucía J, Monteagudo Piqueras O. Capítulo16: Investigación en resultados de Salud a través de la calidad de vida. In: En: Aguiló Lucía J, Soria Aledo V *Gestión clínica en cirugía Guía Clínica de la AEC 2ª Ed Madrid 2016*. p. 243–52.
160. Soria Aledo V, Monteagudo Piqueras O. Capítulo 16: Investigación en Resultados de Salud a través de la calidad de vida. In: Aguiló Lucía J, Soria Aledo V *Gestión clínica en cirugía. Guía Clínica de la AEC. 2ª Ed. Madrid: Ed. Arán; 2016*. p. 243–52.
161. Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria. Consejería de Sanidad. SIAE 2009-2015 [Internet]. Comunidad de Madrid; 2009 Available from: <http://www.madrid.org/cs/>
162. Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria. Consejería de Sanidad. CMBD 2009-2015 [Internet]. Comunidad de Madrid; 2009. Available from: <http://www.madrid.org/cs/>
163. Juez Martel . La Gestión Pública Módulo 7. Tema 6 [Internet]. UNED.; 2000. Available from: <https://formacionpermanente.uned.es/>
164. Sueiras A, Calabuig R, Vallet J, Pi F. Gestión clínica de la lista de espera en un servicio de cirugía general. *Cir Esp*. :129–32.
165. Ruiz López P, Lorenzo Martínez S. Capítulo 23: Benchmarking: como aprender de los mejores. In: Ruiz López P, Alcalde Escribano J, Landa García

Jl Gestión clínica en cirugía Guía AEC. 1ª ed. Madrid: Ed. Arán; 2005. p. 581–90.

166. Hospital Universitario Infanta Cristina. Catálogo de competencias. 2011.

167. Alonso E, Rubio A, March JC, Danet A. Clima emocional y comunicación interna en una unidad de gestión clínica y dos servicios hospitalarios tradicionales. *Rev Calid Asist.* 2011;26(5):281–4.

168. Rodríguez-Montes JA. [Knowledge identification and management in a surgery department]. *Cirugia Espanola.* 2006 Aug;80(2):72–7.

169. Rando Huluk AEK. Trabajo en equipo: ¿Es posible formar equipos médicos expertos a partir de profesionales expertos? - *Rev Med Urug* 2016; 32:59-67 [Internet]. 2016 [cited 2017 Mar 26]. Available from: <http://www.rmu.org.uy/revista/32/1/2/es/8/>

170. Arrea Baixench C. Prácticas que mejoran el trabajo en equipo en la medicina actual. 2015574-6. *Acta Médica Costarric.* 2016 Sep;58(núm. 3):96–9.

171. García-Campayo J, Puebla-Guedea M, Herrera-Mercadal P, Daudén E. Burnout Syndrome and Demotivation Among Health Care Personnel. Managing Stressful Situations: The Importance of Teamwork. *Actas Dermosifiliogr.* 2016 Jun;107(5):400–6.

ANEXOS

Anexo 1

CATÁLOGO DE TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DEL SICAR

Cirugía del esófago y gastroduodenal

Procedimientos terapéuticos

Tratamiento del reflujo gastroesofágico patológico

Tratamiento de los divertículos esofágicos

Tratamiento de la perforación esofágica

Tratamiento de los trastornos motores del esófago

Tratamiento de los tumores benignos del esófago

Tratamiento del cáncer de esófago

Tratamiento de los tumores benignos del estómago

Tratamiento de la úlcera gastroduodenal

Tratamiento del cáncer de estómago

Cirugía de la obesidad (cirugía bariátrica)

Cirugía del intestino delgado

Procedimientos terapéuticos

Tratamiento de la obstrucción del intestino delgado

Tratamiento de los tumores del intestino delgado

Tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal crónica

Tratamiento de los divertículos del intestino delgado y del divertículo de Meckel

Cirugía de la obstrucción vascular mesentérica

Patología del apéndice vermicular (inflamatoria, tumoral)

Cirugía coloproctológica

Procedimientos diagnósticos

Anuscopia

Rectoscopia

Biopsia rectal

Procedimientos terapéuticos

Tratamiento de la patología colorrectal aguda

Tratamiento de la hemorragia digestiva baja

Tratamiento de la perforación de colon

Tratamiento de la obstrucción de colon

Tratamiento de la patología vascular mesentérica

Tratamiento del megacolon tóxico

Tratamiento de las fístulas intestinales

Tratamiento de las angiodisplasias

Tratamiento del megacolon agangliónico

Tratamiento de la endometriosis rectal
Tratamiento de traumatismos colorrectales
Tratamiento de hemorroides
Tratamiento del prolapso rectal
Tratamiento de la fisura anal
Tratamiento de abscesos, fístulas, hidrosadenitis perianales
Tratamiento de sinus pilonidal
Tratamiento de condilomas anales
Tratamiento de fístulas rectovaginales y rectovesicales
Tratamiento de la úlcera solitaria del recto
Tratamiento del cáncer colorrectal y del canal anal
 Resecciones segmentarias de colon
 Hemicolecotomías
 Resección colorrectal anterior
 Resección colorrectal anterior baja
 Amputación colorrectal abdómino-perineal
 Escisión local de cáncer colorrectal
 Resecciones colorrectales ampliadas
 Otras operaciones asociadas (ileostomía, cecostomía, colostomía)
Tratamiento de pólipos y poliposis de colon
Tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal
Tratamiento de la enfermedad diverticular del colon

Cirugía hepatobiliar

Procedimientos terapéuticos
Tratamiento del absceso hepático
Tratamiento del quiste hidatídico
Tratamiento de la rotura hepática

Tratamiento del tumor hepático

Tratamiento de la litiasis biliar
 Cirugía de colelitiasis y colecistitis
 Cirugía de la coledocolitiasis

Tratamiento de los tumores biliares

Tratamiento de las estenosis no tumorales de la vía biliar
Tratamiento de las lesiones quísticas de la vía biliar

Tratamiento del ampuloma

Cirugía de la cara y el cuello

Procedimientos diagnósticos sobre el cuello
 Biopsia de adenopatía cervical
Procedimientos terapéuticos sobre el cuello
 Accesos venosos en el cuello

- Procedimientos sobre infecciones cervicales
- Procedimientos sobre quistes y fístulas branquiales
- Vaciamiento ganglionar cervical
- Procedimientos sobre esófago cervical
- Procedimientos terapéuticos sobre las glándulas salivares
- Tratamiento de la sialoadenitis

Tratamiento de tumores de las glándulas salivares

- Tratamiento de la sialoadenolitiasis

Cirugía de la pared abdominal

- Procedimientos terapéuticos
 - Tratamiento de hernias y eventraciones
 - Tratamiento de infecciones de pared
 - Tratamiento de los tumores de la pared abdominal

Cirugía ambulatoria mayor y menor

- Procedimientos terapéuticos de cirugía menor ambulatoria

- Patología de la región anal

- Dilatación del ano
- Extracción de fecaloma
- Extracción de cuerpos extraños rectales
- Tratamiento de condiloma
- Trombectomía hemorroidal
- Drenaje quirúrgico absceso perianal o glúteo

- Patología de la mama

- Desbridamiento y drenaje de mastitis supurada

- Patología de partes blandas y faneras

- Tratamiento de traumatismos
- Tratamiento de infecciones y necrosis
- Tratamiento de la patología ungueal
- Tratamiento de tumores

- Frenulectomía lingual o labial

- Paracentesis

- Punciones evacuadoras

- Procedimientos terapéuticos de cirugía mayor ambulatoria

- Patología mamaria

- Tratamiento de fibroadenomas
- Tratamiento de papiloma intraductal
- Tratamiento de ginecomastia
- Tratamiento de mastitis
- Mastectomía simple

- Patología de la pared abdominal

Tratamiento de las hernias

Tratamiento de eventraciones pequeñas

Patología región anal

Tratamiento de condilomas anales

Tratamiento de abscesos

Tratamiento de fístulas y fisura

Tratamiento de hemorroides

Extirpación de pólipo de recto

Cura radical de sinus pilonidal

Cirugía del tiroides y paratiroides

Procedimientos terapéuticos

Procedimientos sobre el conducto tirogloso

Procedimientos sobre la glándula tiroides

Biopsia tiroidea

Extirpación de quistes tiroideos

Extirpación tiroidea

Procedimientos sobre las glándulas paratiroides

Cirugía paratiroidea

Cirugía endocrinológica

Procedimientos terapéuticos

Cirugía del hipercortisolismo

Adrenalectomía uni o bilateral

Cirugía del hiperaldosteronismo

Adrenalectomía unilateral

Adrenalectomía bilateral (ocasional)

Cirugía del feocromocitoma y paraganglioma

Adrenalectomía uni o bilateral

Extirpación de tumores ectópicos

Tratamiento del incidentaloma

Adrenalectomía unilateral

Adrenalectomía bilateral

Cirugía del carcinoma suprarrenal y metástasis suprarrenales

Adrenalectomía unilateral

Adrenalectomía bilateral

Cirugía de las glándulas y conductos salivares

Incisión y drenaje de glándula y conductos salivares

Escisión de lesión y glándula salivar

Cirugía de la mama

Procedimientos terapéuticos

Tratamiento de las enfermedades congénitas de la mama

- Extirpación quirúrgica de politelia
- Extirpación quirúrgica de polimastia
- Tratamiento de las infecciones de la mama
 - Mastitis aguda
 - Mastitis crónica
- Tratamiento de la patología benigna de la mama
 - Displasias mamarias
 - Tumores benignos
- Tratamiento del cáncer de mama
 - Cirugía de las lesiones mamarias no palpables
 - Cirugía de las lesiones mamarias palpables (conservadora, mastectomía, linfadenectomía axilar)

Cirugía torácica

- Drenaje torácico
- Toracocentesis
- Traqueotomía
- Toracotomía de emergencia
- Esternotomía de emergencia
- Drenaje mediastínico

Cirugía vascular

- Procedimientos terapéuticos
- Procedimientos de patología arterial
 - Suturas vasculares
 - Embolectomías
 - Suturas. Ligaduras
- Procedimientos de patología venosa
 - Cirugía de síndrome varicoso
- Amputaciones

Cirugía del bazo

- Tratamiento quirúrgico del hiperesplenismo
 - Esplenectomía
- Tratamiento de los traumatismos del bazo
 - Esplenectomía total o parcial
 - Esplenorrafia

Cirugía de urgencias

- Manejo general de los traumatismos abdominales y del paciente politraumatizado
 - Evaluación del estado general y daños del paciente
 - Soporte vital básico
 - Soporte vital avanzado

Cirugía del páncreas

Procedimientos terapéuticos

Cirugía del hiperinsulinismo

Cirugía del Síndrome de Zollinger-Ellison

Cirugía de los tumores carcinoides

Cirugía de los tumores endocrinológicos

Cirugía pediátrica

Depende de la capacitación del equipo quirúrgico y de la experiencia del equipo de anestesia

Biopsia de adenopatía cervical

Tratamiento de quistes y fístulas congénitas del cuello

Tratamiento de tumoraciones cervicales

Toracocentesis

Procedimientos sobre el estómago

Gastrostomía

Piloromiotomía extramucosa

Procedimientos sobre el intestino delgado y el apéndice

Enterostomía

Ileostomía

Resección intestinal

Anastomosis intestinal

Apendicectomía

Procedimientos sobre el intestino grueso

Resección de colon

Colostomía

Tratamiento de afecciones de recto y ano

Tratamiento del absceso perianal

Tratamiento de la fisura anal

Tratamiento de la fístula perianal

Tratamiento de las hemorroides

Laparotomía

Procedimientos sobre el hígado

Sutura del parénquima hepático

Tratamiento de los traumatismos del hígado

Tratamiento del quiste hidatídico hepático

Procedimientos sobre vesícula y vía biliar

Exploración de la vía biliar

Colecistectomía

Procedimientos sobre el bazo

Esplenectomía

Tratamiento de la hernia umbilical

Tratamiento de la hernia epigástrica

Tratamiento de las alteraciones de la región inguino-escrotal
Tratamiento de los tumores de la pared abdominal
Tratamiento de los traumatismos de la pared abdominal
Tratamiento de las malformaciones congénitas de la mama
Tratamiento de las inflamaciones de la mama
Tratamiento de los tumores de la mama
Procedimientos terapéuticos sobre la mama del varón

Anexo 2

TIEMPOS QUIRÚRGICOS (TQEs)

Servicio	Nombre procedimiento	TQE	Tiempo muerto	TOTAL
CGD	Cirugía menor adultos	0,33	0,13	0,46
CGD	Colecistectomía	1,67	0,28	1,95
CGD	Hernia simple	0,83	0,28	1,11
CGD	Hernia inguino-crural recidivada	1,17	0,28	1,45
CGD	Hernia bilateral adultos	1,33	0,28	1,61
CGD	Hernia umbilical	0,67	0,28	0,95
CGD	Eventración	1,67	0,28	1,95
CGD	Hiato esofágico	2,50	0,28	2,78
CGD	Hemorroides/pólipos	0,67	0,28	0,95
CGD	Fisura anal	0,50	0,28	0,78
CGD	Fístula anal	0,83	0,28	1,11
CGD	Sinus pilonidal adultos	0,50	0,28	0,78
CGD	Tiroidectomía parcial	2,25	0,28	2,53
CGD	Tiroidectomía total	2,83	0,28	3,11
CGD	Cirugía de colon	3,33	0,28	3,61
CGD	Ca recto	4,33	0,28	4,61
CGD	Ca estómago	4,50	0,28	4,78
CGD	Ca hígado/páncreas	5,00	0,28	5,28
CGD	Ca esófago	5,00	0,28	5,28
CGD	Cierre ileostomía	1,00	0,28	1,28
CGD	Hiperparatiroidismo	2,50	0,28	2,78
CGD	Hidatidosis hepática	3,00	0,28	3,28
CGD	Adenopatía adultos	0,50	0,28	0,78
CGD	Colocación catéter peritoneal/reservorio	1,00	0,28	1,28
CGD	Retirada catéter peritoneal	0,50	0,28	0,78

CGD	Obesidad mórbida	4,50	0,28	4,78
DER	Resección amplia lesión bgna piel adultos	0,42	0,13	0,55
DER	Tumores malignos piel resección menor	0,42	0,13	0,55
DER	Tumores malignos piel resección amplia	0,67	0,28	0,95
DER	Epitelioma+lesión menor	1,00	0,28	1,28
DER	Lesiones múltiples menores piel	0,50	0,13	0,63
DER	Epiteliomas múltiples	1,17	0,28	1,45
DER	Resección piel+Injerto/colgajo local	1,33	0,28	1,61
DER	Melanoma ampliación y ganglio centinela	2,00	0,28	2,28
DER	Hiperhidrosis DER	0,33	0,13	0,46
GIN	Mastectomía simple	1,50	0,28	1,78
GIN	Mastectomía+linfadenectomía	3,00	0,28	3,28
CPL	Reducción mama unilateral	1,42	0,28	1,70
CPL	Reducción mamas bilateral	2,50	0,28	2,78
CPL	Mastopexia	2,00	0,28	2,28

Ca: Carcinoma; CGD: Cirugía General y Digestivo; CPL: Cirugía Plástica; DER: Dermatología; GIN: Ginecología.

Anexo 3

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO	TIROIDECTOMÍA	HEMITIROIDECTOMÍA	GASTRECT. HIATO	COLECIST.	COLECTO. DERECHA	COLECTO. IZQUIERDA	RESEC. ANTERIOR	AMPUT. RECTO	HÍGADO-BAZO	HERNIA LAP.	OTROS

Anexo 4

PROTOCOLO DE URGENCIAS – CIRUGÍA GENERAL

Relación con la urgencia

La primera atención ante cualquier paciente que acuda al Servicio de Urgencias será el triage de la enfermera responsable.

Posteriormente el enfermo será visto por el médico de dicha área hospitalaria, quien orientará el diagnóstico y solicitará los estudios complementarios precisos para el mismo.

La segunda llamada ante el politraumatizado grave será competencia del facultativo de Cuidados Intensivos (pactado al respecto).

En principio, el paciente pediátrico con posible patología quirúrgica será visto por el facultativo de Pediatría, posteriormente será evaluado por el cirujano para confirmar la sospecha diagnóstica y será derivado al hospital de referencia (Hospital Universitario 12 de Octubre).

Excepciones para la primera asistencia a cargo del médico de guardia de Cirugía General:

- Heridas de diversas localizaciones, en el caso de que el médico de urgencias o la enfermera no estén capacitados para realizar dichas suturas.
- Proceso séptico o hemorrágico del sitio quirúrgico.

Ante todo paciente con diagnóstico quirúrgico o adjudicado dentro de la cartera de servicios a Cirugía General, el cierre del informe y las recomendaciones de seguimiento, pruebas diagnósticas ambulatorias o terapéuticas serán responsabilidad del cirujano.

- Heridas.
- Traumatismos leves de tórax y abdomen.
- Patología anal.
- Procesos sépticos o hemorrágicos del sitio quirúrgico.
- Postoperatorios en cirugías ambulatorias de urgencia.
- Pacientes ingresados en observación para Cirugía General.

Manejo por patologías para el ingreso

No deben ingresar en Cirugía General los pacientes a los que el Servicio no pueda darles respuesta diagnóstica y/o terapéutica.

- Hemorragias digestivas altas y bajas.
- Pancreatitis aguda o crónica.
- Ictericia obstructiva.
- Traumatismos cráneo-encefálicos.

- Complicaciones médicas en postoperatorios (problemas cardiacos, pulmonares, renales, infecciosos no quirúrgicos, etc).
- Paciente oncológico desestimado para cirugía electiva o urgente.

Deben ingresar en la planta de Cirugía General los pacientes sospechosos o candidatos a una cirugía urgente, preferente. Del mismo modo los que hayan sufrido una complicación postquirúrgica con posible resolución por idéntica vía. Se deben incluir pacientes con mal estado general con un diagnóstico clínico definido y potencialmente quirúrgicos.

- Abdomen agudo.
- Apendicitis.
- Peritonitis.
- Perforación de víscera hueca.
- Colecistitis, excepto las de pacientes que tengan alto riesgo quirúrgico que se podrían solucionar sin cirugía.
- Hernias estranguladas/incarceradas.
- Obstrucción intestinal.
- Abscesos de múltiples localizaciones.
- Rectorragia postoperatoria o secundaria a hemorroides.
- Diverticulitis. Valorar si los no candidatos a cirugía urgente deben ingresar en Digestivo o Medicina Interna.
- Traumatismo torácico y abdominal complicado. El grave ingresará en UCI o se derivará a Centro de Referencia.

Anexo 5

PLANIFICACIÓN ACTIVIDAD MENSUAL

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
	1 GUARDIA 1-5 PLANTA 5 CONSULTA 3	2 GUARDIA 2-6 PLANTA 5 CONSULTA 4	3 GUARDIA 3-7 PLANTA 5 CONSULTA 5-6	4 GUARDIA 4-8 PLANTA 5 CONSULTA 7	5 GUARDIA 5-1 PLANTA 5 MIXTA 1	6 GUARDIA 6-2 PLANTA 6 MIXTA 2
7 GUARDIA 7-3 PLANTA 4 CONSULTA 1-2	8 GUARDIA 8-4 PLANTA 4 CONSULTA 3	9 GUARDIA 1-5 PLANTA 4 CONSULTA 4	10 GUARDIA 2-6 PLANTA 4 CONSULTA 5-6	11 GUARDIA 3-7 PLANTA 4 CONSULTA 7	12 GUARDIA 4-8 PLANTA 4 MIXTA 8	13 GUARDIA 5-1 PLANTA 5 MIXTA 1
14 GUARDIA 6-2 PLANTA 3 CONSULTA 1-2	15 GUARDIA 7-3 PLANTA 3 CONSULTA 3	16 GUARDIA 8-4 PLANTA 3 CONSULTA 4	17 GUARDIA 1-5 PLANTA 3 CONSULTA 5-6	18 GUARDIA 2-6 PLANTA 3 CONSULTA 7	19 GUARDIA 3-7 PLANTA 3 MIXTA 7	20 GUARDIA 4-8 PLANTA 4 MIXTA 8
21 GUARDIA 5-1 PLANTA 2 CONSULTA 1-2	22 GUARDIA 6-2 PLANTA 2 CONSULTA 3	23 GUARDIA 7-3 PLANTA 2 CONSULTA 4	24 GUARDIA 8-4 PLANTA 2 CONSULTA 5-6	25 GUARDIA 1-5 PLANTA 2 CONSULTA 7	26 GUARDIA 2-6 PLANTA 2 MIXTA 6	27 GUARDIA 3-7 PLANTA 3 MIXTA 7
28 GUARDIA 4-8 PLANTA 1 CONSULTA 1-2	29 GUARDIA 5-1 PLANTA 1 CONSULTA 3	30 GUARDIA 6-2 PLANTA 1 CONSULTA 4				

La enumeración se refiere a cada facultativo

Anexo 6

SESIONES CLÍNICAS. Primer trimestre año 2009

FECHA	TÍTULO	Ponente
23 ENERO	Análisis Global y resultados del Servicio	
30 ENERO	Manejo y seguimiento de la fisura anal y hemorroides	
6 FEBRERO	<i>Sesión Bibliográfica</i>	
13 FEBRERO	<i>Sesión Bibliográfica</i>	
20 FEBRERO	Indicaciones de reconstrucción mamaria inmediata	
27 FEBRERO	Colecistitis aguda. Protocolo de actuación	
6 MARZO	Diverticulitis aguda. Protocolo de actuación	
13 MARZO	<i>Sesión Bibliográfica</i>	
27 MARZO	Morbi-Mortalidad: Síndrome de Ogilvie. Cecostomía	
3 ABRIL	Manejo del nódulo tiroideo	
17 ABRIL	<i>Sesión Bibliográfica</i>	
24 ABRIL	Estado actual de la hidatidosis hepática	
8 MAYO	Reflujo gastroesofágico: Diagnóstico y tratamiento	
15 MAYO	<i>Sesión Bibliográfica</i>	
22 MAYO	<i>Sesión Bibliográfica</i>	
29 MAYO	Tratamiento y seguimiento de los pólipos colónicos	
5 JUNIO	Manejo de la úlcera péptica complicada: hemorragia digestiva aguda y perforación	
19 JUNIO	<i>Sesión Bibliográfica</i>	

Anexo 7

HOJA DE ACTIVIDAD QUIRÚRGICA

CIRUGIA GENERAL Y DIGESTIVO

DIA..... ANESTESISTA.....
FECHA... .. CIRUJANOS.....

CASO1.....
ENTRA.....INICIA.....FINALIZA.....
Incidente.....

CASO 2.....
ENTRA.....INICIA.....FINALIZA.....
Incidente.....

CASO 3.....
ENTRA.....INICIA.....FINALIZA.....
Incidente.....

CASO 4.....
ENTRA.....INICIA.....FINALIZA.....
Incidente.....

CASO 5.....
ENTRA.....INICIA.....FINALIZA.....
Incidente.....

CASO 6.....
ENTRA.....INICIA.....FINALIZA.....
Incidente.....

CASO 7.....
ENTRA.....INICIA.....FINALIZA.....
Incidente.....

CASO 8.....
ENTRA.....INICIA.....FINALIZA.....
Incidente.....

Anexo 8

PROTOCOLOS EN CMA

PROTOCOLOS DE CONSULTA

I. CARTERA DE SERVICIOS

- Patología de pared
 - Hernia inguinal
 - Hernia crural
 - Hernia Spiegel
 - Hernias epigástricas
 - Hernia umbilical
 - Eventraciones pequeñas

- Patología mamaria
 - Tumores benignos (4-6 cm)
 - Ginecomastia
 - Biopsia con arpón

- Patología proctológica
 - Fisura anal
 - Fístulas simples
 - Sinus pilonidal

- Tumoraciones de partes blandas









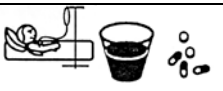






II. SELECCIÓN DE PACIENTES

- Adulto responsable, que esté presente con el paciente y se haga cargo del mismo
- Domicilio adecuado
- Distancia al centro no superior a 1 h
- ASA I y II
- Individualización
 - Obesidad mórbida: no deberíamos incluir
 - Pacientes con BMI <35 que van a ser sometidos a anestesia general
 - Pacientes con BMI >35
 - Déficit físicos
 - Enfermedades psiquiátricas
 - Drogodependencias
 - Ancianos

III. REQUISITOS DEL PACIENTE

- Tener teléfono
- Vivienda en condiciones
- Vehículo de transporte
- Vivir a <1h del hospital
- Estar acompañado por un adulto 24-48h

RECOMENDACIONES DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN CMA

Vía Clínica Cirugía Mayor Ambulatoria Cirugía General y Digestivo				
INFORMACIÓN AL PACIENTE				
DÍA	0 Domicilio El día de la intervención	1 Unidad de CMA Cirugía	1 Bis Alta hospitalaria Alta de la unidad de CMA	2 Domicilio Postoperatorio
ACTIVIDAD	 Antes de ir al hospital	 Medicación por vía venosa antes de la intervención en quirófano	 Informe de ALTA A DOMICILIO Acompañado en coche por un familiar	 Curar la herida con Betadine Retirar puntos en 7d. en CAP
EJERCICIO	 Venir acompañado	 Después de la cirugía pasará a una sala de recuperación en cama Al poco tiempo pasará a un sillón. Estará acompañado de un familiar	 Manatenerse en reposo, preferiblemente sentado o recostado	 Caminar con precaución. No levantar pesos ni realizar ejercicios
MEDICACIÓN	Debe tomar su medicación habitual salvo orden expresa de su médico		 ORAL	 ORAL
COMIDA	 Ayunas desde la noche anterior	 TOLERANCIA ORAL	 DIETA BLANDA	 DIETA NORMAL

Ud. presenta una patología que puede ser intervenido/a sin requerir ingreso hospitalario.

Dicha intervención se va a realizar en una **Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria** dotada de todos los medios técnicos y humanos para que se haga de forma segura y confortable para ud.

El hecho de no ingresarle le facilitará una más pronta recuperación de su proceso sin que por ello carezca de la atención sanitaria que pueda requerir.

Su médico le habrá informado de su proceso y del tratamiento que requiere, y le habrá solicitado todas las pruebas preoperatorias necesarias, de acuerdo con el Servicio de Anestesiología, para realizar la intervención de la forma más segura. El Servicio de Admisión del hospital se pondrá en contacto con ud. para comunicarle con la debida antelación, la fecha y la hora a la que debe acudir al centro

ANTES DE LA INTERVENCIÓN

- La noche anterior tome una cena ligera y desde las 12 de la noche no coma ni beba nada.
- Dúchese por la mañana y traiga ropa cómoda.
- Venga sin maquillaje ni esmalte de uñas. No traiga joyas (pendientes, piercings, etc.)
- Venga acompañado de uno o dos personas y tenga organizado el regreso a casa.
- En el momento del ingreso se le indicará cómo dirigirse a la Unidad, en la que existe una taquilla para sus efectos personales y una sala de espera para los acompañantes.
- Si presenta algún problema médico agudo o no va a poder acudir al Hospital por alguna razón debe ponerse en contacto con el Servicio de Admisión lo antes posible.
- Lea atentamente las instrucciones preoperatorias relativas a su intervención y consúltenos cualquier duda que tenga
 1. Si usted va a ser intervenido de hernia inguinal, debe traer un slip elástico ajustado para colocárselo tras la intervención.
 2. Si va a ser intervenido de una patología ano rectal, debe tomar un laxante suave el día anterior y si no hace deposición ponerse un supositorio de glicerina.

TRAS LA INTERVENCIÓN

- Va a permanecer en una sala de recuperación hasta que el médico decida que puede regresar a su casa.
- Debe estar acompañado por un familiar o amigo en las primeras horas.

- Puede tomar líquidos a las 6 horas de la intervención y si los tolera, puede comenzar a ingerir alimentos blandos (pescado, arroz, purés, yogurt, etc.)
- No debe conducir ni tomar bebidas alcohólicas en las primeras 24 h.
- Siga las indicaciones del informe de alta y de la hoja de recomendaciones que se le facilite.
- Consúltenos cualquier duda.

Ud. ha sido intervenido quirúrgicamente. Por favor, lea cuidadosamente esta hoja informativa.

Cuando llegue a casa, se encontrará cansado. Descanse en cama o en un sillón cómodo.

1. Puede comer lo que le apetezca. No es necesario que guarde ninguna dieta especial. Es aconsejable que beba gran cantidad de líquidos. Puede notar que tenga poco apetito, pero es una situación pasajera.
2. Si tiene dolor, debe tomar la medicación prescrita en su informe de alta. La debe tomar de forma pautada para evitar las molestias postoperatorias, sobre todo los primeros días. Si toma usted otras medicaciones, continúe tomándolas igual que antes de la operación.
3. Si ha recibido anestesia general, puede encontrarse mareado. No debe conducir ni utilizar maquinaria o utensilios peligrosos ni tomar decisiones importantes en las 48 horas siguientes a la operación. No tome bebidas alcohólicas ni pastillas para dormir.
4. A las 48 horas de la intervención, debe ser curado en su centro de salud o en las consultas de enfermería de nuestro hospital, según le indique su médico al darle el alta de la unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria.
5. Es normal que tenga una molestia en la zona de la herida quirúrgica, que poco a poco irá desapareciendo.
6. Al día siguiente de la intervención, puede y debe caminar lo que le apetezca. Procure caminar estirado para que la musculatura se relaje. Comience por paseos cortos y vaya aumentando la distancia. Es aconsejable no coger objetos pesados durante los primeros días.
7. Si nota un dolor excesivo, gran inflamación en la herida, hemorragia por la misma o fiebre, no se alarme, puede llamar al Hospital al número 911913212 hasta las 22 horas o acuda a la Urgencia del Hospital.

8. Puede ir reasumiendo sus actividades normales, a medida que vea que puede hacerlo.
9. El periodo de baja laboral dependerá del tipo de trabajo que tenga.
10. Si practica deportes que requieran grandes esfuerzos es aconsejable que espere entre 2 y 3 semanas para comenzar.

En los días siguientes, si nota dolor muy intenso que no cede con los analgésicos, fiebre mayor de 38°C, hemorragia abundante, supuración por la/s herida/s, o algo que considere anormal o que no le haya sido advertido, acuda a la Urgencia del Hospital.

Circuito SAM Con este circuito simple conseguimos:

1. Un menor coste dado que disminuimos el gasto de quirófano, los pacientes no precisan vía, determinación de constantes ni control por personal de enfermería
2. No es preciso que ocupen un lugar en sillones, que en algunas ocasiones en las que no hay sitio, obliga a retrasar la evolución del resto de quirófanos.
3. Por último, permite la realización de un circuito más rápido.

PROGRAMA DE DOCENCIA. CURSO ACADÉMICO 2010-2011

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo

<u>ÍNDICE DE CONTENIDOS</u>	<u>PÁGINA</u>
I. Introducción	2
II. Organigrama Rotaciones	3
III. Seminarios Alumnos	4
IV. Guardias Alumnos	5

I. Introducción

El curso académico 2010-2011 ha supuesto por primera vez la incorporación en nuestro hospital de alumnos de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid (Hospital Universitario 12 de Octubre). Esto ha sido un reto para nosotros y se ha elaborado este programa de docencia con el fin de organizar y estructurar el plan de estudios de estos alumnos durante su paso por el Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo (CGD).

El tiempo de duración de la rotación es de 4 semanas, contando desde lunes a jueves. A los alumnos se les ha repartido en rotaciones por las distintas áreas funcionales de CGD por donde han pasado una semana en cada uno. Se incluyen rotaciones por quirófano, consultas, hospitalización, urgencias y unidad de cuidados intensivos. Además, a los alumnos se les ha impartido seminarios que enseñan conocimientos básicos que deben conocer de la cirugía general.

Finalmente, el alumno también tenía que participar en la atención continuada realizando dos guardias obligatorias durante su rotación. Durante la guardia el alumno participaba de forma activa en las labores que realiza un cirujano general durante la guardia. Esto incluía la valoración del paciente quirúrgico, realizando una anamnesis y exploración exhaustiva y dirigida hacia el aparato digestivo. Participaba realizando la historia clínica y valorando los posibles diagnósticos diferenciales y la actitud a tomar. Incluso en aquellos casos en los que se indicaba una cirugía urgente, el alumno participaba en la intervención como ayudante. Tras finalizar la intervención el alumno resumía la intervención y escribía un protocolo quirúrgico.

En conclusión, al alumno se le ha presentado una pequeña muestra de cuáles son las labores que realiza un cirujano en actividad a diario con el fin de que aprenda y conozca un poco mejor una de las especialidades troncales más importantes de la Medicina.

II. Organigrama Rotaciones

Cada alumno pasará por los siguientes sitios: Quirófano, Consultas, Hospitalización y Urgencias según el esquema siguiente:

ALUMNO	SEMANA 1	SEMANA 2	SEMANA 3	SEMANA 4
1	Quirófano	UCI	Hospitalización	Consultas Externas
2	Quirófano	UCI	Hospitalización	Consultas Externas
3	Consultas Externas	Quirófano	UCI	Hospitalización
4	Consultas Externas	Quirófano	UCI	Hospitalización
5	Hospitalización	Consultas Externas	Quirófano	UCI
6	Hospitalización	Consultas Externas	Quirófano	UCI
7	Anestesia/UCI	Hospitalización	Consultas Externas	Quirófano

III. Seminarios.

Tras repartir el temario entre los colaboradores docentes cada semana se daban una serie de seminarios para instruir sobre aspectos fundamentales de la cirugía general.

Durante la rotación por cirugía se han impartido los siguientes seminarios:

- 1) PRESENTACIÓN SERVICIO DE C.G.D. CARTERA DE SERVICIOS. ORGANIGRAMA
- 2) HISTORIA CLINICA QUIRÚRGICA. ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN
- 3) PRINCIPIOS BÁSICOS QUIRÚRGICOS
- 4) EVALUACIÓN PREOPERATORIA
- 5) PROTOCOLO QUIRÚRGICO

- 6) MANEJO POSTQUIRÚRGICO
- 7) SUTURAS MANUALES
- 8) SUTURAS MECÁNICAS
- 9) DRENAJES
- 10) CATÉTERES Y SONDAS
- 11) ENFERMERÍA ASEPSIA / INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO / REANIMACIÓN / C.M.A.

<p>SEMINARIOS – Martes a las 8:15 horas (tras la sesión clínica diaria) GUARDIAS (hasta las 22 horas) – 2 al mes</p>
--