

EL HOSPITAL DEL FUTURO: en un Área del Sur de España.

Grupo 06 Trabajo Final del Máster en Dirección y Gestión Sanitaria 1902

Portavoz: Dra. Tania Cedeño Benavides, Subdirectora médica de evaluación y procesos, España

Dña. María Fernández Motilva, Subdirectora económica, España

Dr. Rafael Periañez Moreno, Médico general, España

Tutor académico: Albert Recolons Brugueras

ÍNDICE

ÍNDICE	1
RESUMEN EJECUTIVO	3
JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO:	4
EXPLICACIÓN DE LOS MEDIOS Y MÉTODOS UTILIZADOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ESTUDIO.....	5
CONTENIDO NUCLEAR DEL TRABAJO.	6
Exposición introductoria de la temática, problemática del trabajo y su contexto	6
Análisis del entorno externo	7
Análisis del entorno interno	14
Formulación estratégica.....	25
Desarrollo estratégico	25
Escenarios de la actividad y económicos.....	26
CONCLUSIONES.	39
Conclusiones generales	39
Destacar los elementos que se consideran claves para la consecución de los objetivos y las principales barreras y obstáculos a superar	40
BIBLIOGRAFÍA	41
ANEXOS.....	45
Anexo I.....	45
Anexo II: Centros del complejo Hospitalario y cartera de servicios.	47
Anexo III. Pacientes incluidos en Cuidados Paliativos.	48
Anexo IV Procesos Asistenciales Integrados relacionados con el PAERME:	48
Anexo V: Atención a las Patologías del aparato locomotor.	48
Anexo VI. Datos de atención a patologías cardíacas.	49
Anexo VII:.....	50
Anexo VIII. Datos de asistencia sanitaria relacionados con Diabetes	51
Anexo IX. Indicadores proceso asistencial Plan Ictus	52
Anexo X. Actividad del Hospital.....	52
Anexo XI. Criterios de Calidad.	53
Anexo XII. Retos Laborales	53
Anexo XIII. Distribución Hospital de Día	54
Anexo XIV. Plan Funcional del Hospital de Día.....	54
Anexo XV: Características del Modelo de Hospital de Día	57
Anexo XVI: Indicadores de calidad de Hospital de Día	58

Anexo XVII: Cuadro de Mando de Hospital de Día	58
Anexo XVIII: Sistema de Triage de Urgencias, Manchester	60
Anexo XIX. Circuitos de Atención del Servicio de Urgencias.	61
Anexo XX. Acciones de Mejora del PIO Ictus, coordinación AP-AH.....	62
Anexo XXI. Ejemplo de algunos Indicadores de seguimiento de PIO Ictus.	63
Anexo XXII: ICHOM Ictus/ Stroke.....	66
Anexo XXIII. Infografía del Hospital de Futuro (by Canva)	67
Anexo XIV: Análisis económico del Nuevo Modelo de Hospital.....	68

RESUMEN EJECUTIVO

El envejecimiento de la población y el aumento de patologías crónicas hace más que necesaria la promoción de ideas para innovar en la atención que necesitan los pacientes. El propósito de este TFM, es aportar ideas para la gestión de los hospitales del futuro, basado en la gestión clínica, de un hospital público ubicado en el sur de España.

Se trata de un hospital Universitario en el que existe un exceso de actividad, aumento de las listas de espera quirúrgica, saturación de urgencias y poca coordinación entre los diferentes niveles asistenciales en la atención a los pacientes crónicos.

Se proponen líneas de acción para intentar evolucionar en el modelo de gestión y obtener resultados acordes con las necesidades, proponiendo un modelo de Hospital asentado en tres módulos de atención; un módulo de Hospital factoría para disminuir las listas de espera quirúrgica en los procesos más habituales, un módulo de hospital de día para pacientes crónicos con ambulatorización de la atención que además incluiría una hospital de corta estancia y un módulo de hospitalización convencional, donde se ubicaran las patologías más complejas que requieran hospitalización, la atención a críticos (UCI) y la atención urgente estableciendo una sistematización y estandarización de la forma de trabajar.

Los resultados que pretendemos obtener son; una mejora en los tiempos de espera en las intervenciones quirúrgicas programadas, con disminución en la variabilidad de la práctica clínica, una descongestión del hospital de hospitalización convencional, ofertando una atención en el hospital de día para pacientes crónicos.

Para conseguir unos mejores resultados en la atención a los pacientes, se creará otro modelo organizativo entre el nuevo Hospital y Atención Primaria, en el que se trabajarán las patologías más prevalentes a través de Planes Integrales Operativos (PIOs) y reforzados con nuevas figuras en la atención como son:

- La Enfermería de Enlace
- Los Recursos Sociosanitarios
- Los Recursos Sociales

Palabras clave: Clinical management, Clinical Organization, Future Hospital, factory hospital.

Abstract:

The aging of the population and the increase of chronic pathologies, makes more than necessary the promotion of ideas to innovate in the care that patients need. The purpose of this TFM is to provide ideas for the management of the hospitals of the future, based on clinical management, of a public hospital located in southern Spain.

It is a University hospital where there is an excess of activity, an increase in surgical waiting lists, emergency saturation and little coordination in the care of chronic patients.

Action lines are proposed to try to evolve in the management model and obtain results according to the needs, proposing a Hospital model based on three care modules; a factory Hospital module to reduce surgical waiting lists in the most common processes, a day hospital module for chronic patients with outpatient care that would also include a short-stay hospital and a conventional hospitalization module, where they will be located the most complex pathologies that require hospitalization, critical care (ICU) and urgent care establishing a systematization and standardization of the way of working. The results we intend to obtain are; an improvement in the waiting times in the planned surgical interventions, with a decrease in the variability of the clinical practice and decongestion of the hospital of conventional hospitalization, offering an attention in the day hospital for chronic patients.

To achieve better results in patient care, another organizational model will be created between the new Hospital and Primary Care, in which the most prevalent pathologies will be worked through Comprehensive Operational Plans (IOPs) and reinforced with new figures in the attention as they are:

- Liaison Nursing
- The Social and Health Resources Social Resources.

Key words: Clinical management, Clinical Organization, Future Hospital, factory hospital.

JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO:

Ante los cambios de las características de la población actual, con aumento del envejecimiento y el auge de patologías crónicas y oncológicas, para poder dar respuesta a las necesidades de la población, se precisa un cambio en las organizaciones sanitarias.

El nuevo modelo asistencial, debe centrarse en la continuidad asistencial del paciente a lo largo de todo su proceso, por lo que se tiene que crear una red de atención multidisciplinar y de cuidados, tratamientos y atenciones ofertadas, apostando por una atención ambulatoria y comunitaria, dejando la atención urgente hospitalaria y el ingreso hospitalario, para patologías muy concretas con procesos muy bien estructurados.

Será un modelo que implique una atención eficiente, que propicie el mantenimiento de un sistema sanitario público, universal y sostenible, donde prime la autonomía del paciente y la continuidad asistencial incluyendo a la red sociosanitaria.

Se tendrá en cuenta la atención a los determinantes sociales de la salud, donde se apostará por la promoción de la salud y prevención de las enfermedades, desde la atención primaria, haciendo una atención especial en caso de desigualdades sociales.

En el ámbito del Hospital, se aprovecharán las innovaciones tecnológicas en la atención, incluyendo la metodología de hospital factoría, con procesos bien estructurados donde se disminuirá la variabilidad de la práctica clínica y prime la seguridad del paciente. Lo que aportará una disminución de las estancias y la hospitalización convencional, incluyendo el seguimiento coordinado por parte de atención primaria al alta.

La gestión del mismo e implementación de los cambios organizativos se realizará contando con los profesionales, apostando por los líderes clínicos que implicarán al resto de compañeros donde la gestión clínica será la base del funcionamiento. Se realizará un análisis de situación en el que se buscará la mejora continua apostando por la calidad, eficacia y la eficiencia del área sanitaria de atención, al que incorporaremos la opinión del paciente en la creación de nuevos circuitos de atención. Se trabajará con una evaluación continua de los resultados, centrada en procesos asistenciales, buscando siempre los mejores resultados en salud, incluyendo la práctica clínica de valor en la atención sanitaria.

Se incorporarán las TICs, los sistemas de información y la modalidad 2.0, para el seguimiento de objetivos en cuadros de mandos accesibles y actualizados, primando la transparencia tanto para los profesionales como para la ciudadanía en el seguimiento de la asistencia sanitaria realizada. Lo que además proporcionará información estructurada que permitirá realizar comparación con los mejores (Benchmarking) y seguir con la mejora continua.

EXPLICACIÓN DE LOS MEDIOS Y MÉTODOS UTILIZADOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ESTUDIO.

Para la identificación, clasificación de problemas y necesidades de cambio que presentan los actuales Hospitales ante nuevas necesidades de los pacientes y la realización del TFM, se han utilizado diferentes metodologías. En primer lugar, se ha realizado una revisión bibliográfica, que incluyó la búsqueda bibliográfica no convencional de los términos relacionados con el TFM, usando como palabras clave “Clinical management”, “Clinical Organization”, “factory hospital” y “Future Hospital”, recopilando las publicaciones actualizadas.

Los datos demográficos y sociales han sido recopilados del instituto nacional de estadística (INE1). La información para el análisis de las patologías más prevalentes, se ha recopilado de las memorias y análisis de situación de los servicios de epidemiología del área sanitaria concreta.

Al igual que los datos de actividad del hospital y los indicadores de asistencia, han sido consultados del contrato programa y los acuerdos de gestión clínica del hospital. La fuente de datos para evaluar los procesos ha sido mediante los datos de actividad asistencial, recursos asociados (lista de espera por GRD o

proceso, análisis de la demora por proceso, análisis de los recursos asociados, análisis del flujo de actividades y solapamiento de las mismas)

Para realizar el análisis interno y externo del hospital, hemos empleado la metodología DAFO. Es una herramienta de estudio de la situación de una empresa, institución, proyecto o persona, analizando sus características internas (Debilidades y Fortalezas) y su situación externa (Amenazas y Oportunidades) en una matriz cuadrada.

Para la evaluación de resultados del nuevo modelo de hospital hemos sistematizado la recogida de información por medio del Diseño de un Cuadros de Mandos, en el que se evalúan indicadores de diferentes ámbitos de interés (actividad asistencial, gastos recursos humanos, gastos en fungible, farmacia, etc, índices de satisfacción del paciente).

En la implementación del Hospital Factoría se utilizará la metodología de Reingeniería de Procesos, realizando una revisión y reconfiguración profunda del proceso, eliminando las actividades sin valor agregado, reducción de tiempos, mejorar la calidad del servicio, identificar oportunidades de mejora y responsable del proceso en cada fase, etc..en definitiva desarrollar la organización del proceso con una visión integral de la organización y estableciendo indicadores de gestión e indicadores de resultado.

En la aplicación de Protocolos Asistenciales, la metodología utilizada será la creación de grupos de expertos, evaluando la mejor práctica clínica que se encuentre avalada por la evidencia científica, homogeneizando la actividad asistencial basándose en las Guías de Práctica Clínica.

CONTENIDO NUCLEAR DEL TRABAJO.

Exposición introductoria de la temática, problemática del trabajo y su contexto

Las necesidades de la población están en continuo avance y los cambios generacionales, exigen adaptaciones en los formatos de gestión clínica para poder alcanzar los objetivos asistenciales de forma eficiente. El punto de partida reside en unos recursos económicos limitados y un población cada vez más envejecida y más demandante de atención sanitaria, esta ecuación exige la necesidad de aplicar la metodología o análisis DAFO para diseñar la estrategia de la organización para afrontar su futuro a corto, medio y largo plazo. Se trata de un mapa a través del que se establecen las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades de la organización.

Se desarrollará el análisis externo y el análisis interno del entorno en el que se desarrolla la actividad para mejorar su rentabilidad, funcionamiento y posicionamiento en el mercado.

El DAFO también se conoce como FODA o DOFA. Las siglas en inglés son SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities y Threats). Se trata de una herramienta fundamental para conocer la situación en la que se encuentra el Hospital a partir de la que se trazará la estrategia empresarial futura.

Análisis del entorno externo

El análisis del entorno externo se basa en el estudio de las macro variables que moldean o definen las amenazas y las oportunidades, que en el momento del estudio afectan al desarrollo de la actividad de la organización, en nuestro caso, el hospital TFM6. El estudio del entorno externo incluye todos los aspectos que no dependen directamente del hospital pero que le afecta a su actividad.

Así, el entorno externo o macroentorno los estudiaremos analizando estas macro variables:

- Entorno demográfico y social.
- Economía del país y de la comunidad autónoma.
- Entorno sanitario y análisis de competidores potenciales.
- Las políticas del estado y de la comunidad.
- Legislación y tecnología.

Análisis del entorno demográfico y social

Nuestro Hospital se encuentra situado al sur de España con una superficie es 12.635 km² y una población de 912.075 hab. (2018), de los cuales aproximadamente un 25% vive en la capital, y su densidad de población es 72,79 hab/km².

La comunicación con la capital se realiza principalmente por Autovía A-92 desde el norte y oeste de la provincia, que conecta con Sevilla y Málaga.

La demografía y el nivel socioeconómico de la provincia se describe en los gráficos incorporados en el [Anexo I](#). (Fuente INE e informe SEPE)

Se concluye con el análisis de los datos demográficos que la provincia de Granada tiene una población envejecida, con un grado de dependencia alto. Como la tendencia en el resto de España.

Con respecto a la economía, se manejan cifras altas de paro, que es temporal, ya que la mayor parte de los trabajadores se dedican al sector servicios, especialmente al turismo (en la Ciudad, en la Costa y en Sierra Nevada); en las zonas rurales es la agricultura la mayor actividad realizada, preferentemente el olivo y el cultivo de secano.

Análisis de la economía del país y de la CCAA

La situación económica de un país guarda estrecha relación con la financiación de las políticas públicas, ya que determina la aplicación de medidas expansivas o restrictivas del gasto público. Por otro lado, el estado de la economía de un país determinará el poder de compra y el patrón de gasto o consumo de la ciudadanía.

Las variables económicas como son: la renta per cápita, la tasa de desempleo, la tasa de inflación, la balanza comercial, la salud financiera y política del país, etc. nos indicarán cómo de robusta y saneada es la economía del país y cuál es la tendencia de evolución en el corto y largo plazo.

Así el estado de la economía y la aplicación de políticas de corte neoliberal o políticas sociales democráticas, determinarán:

- Los fondos destinados para financiar el sector público. En nuestro caso, se trata de un Hospital perteneciente a la red de Hospitales del Sistema Sanitario Público, por lo que su financiación se encuentra directamente relacionada con los Presupuestos Generales del Estado y de la Comunidad Autónoma.
- Las desigualdades sociales repercuten en el estado de salud de un país. De ahí la importancia de incorporar salud en todas las políticas.

Análisis de las políticas del estado y de la comunidad autónoma

Los factores de ámbito político que afectan al entorno macroeconómico de nuestro hospital, se pueden desarrollar en los siguientes:

El Gobierno de España tiene forma de monarquía parlamentaria, es una democracia estable y existe una situación de incertidumbre y amenaza internacional en la económica y en la paz mundial.

Los factores de ámbito político que afectan al entorno macroeconómico de nuestro hospital, se pueden desarrollar en los siguientes:

El Gobierno de España tiene forma de monarquía parlamentaria, es una democracia estable y existe una situación de incertidumbre y amenaza internacional en la económica y en la paz mundial.

Déficit o superávit presupuestario.

Los presupuestos Generales del Estado (PGE) son considerados la ley más importante que un gobierno promulga en un año, ya que determina las políticas públicas y económicas del estado, asignando los recursos necesarios para el cumplimiento de los objetivos estratégicos que se ha fijado el gobierno en la legislatura.

España cierra el año 2019 con un déficit presupuestario de las administraciones públicas del 2,2 % del PIB, tres décimas por debajo del registrado en el 2018, superamos el objetivo de déficit comprometido con Bruselas (-1,3% PIB) que se desarrolla en el marco del Programa de Estabilidad 2019-2020, para corregirlo

será necesario implementar una reforma fiscal que mejore la eficiencia y con ello la recaudación de nuestro sistema tributario y un nuevo sistema de financiación autonómica que dote de mayor corresponsabilidad fiscal a las CCAA.

Desarrollos legislativos.

Para el desarrollo de las políticas estatales y autonómicas, el gobierno y las comunidades autónomas generan desarrollos legislativos para regular los distintos sectores de la economía. En el sector de la salud y de dependencia, ponemos de ejemplo los siguientes desarrollos normativos entre otros, rigen la actividad en estos sectores:

- La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad es una ley promulgada el 25 de abril de 1986 por las Cortes Generales en la que se establece la regulación de las acciones encaminadas a la protección de la salud establecida en el artículo 43 de la Constitución Española³.
- Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia
- Ley Orgánica 9/1985 de reforma del artículo 417 bis del Código Penal para la despenalización del aborto.
- Ley 2/2010 de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo.
- Ley Orgánica 2/2010, de 8 abril, de derechos y garantías de dignidad de la persona en el proceso de la muerte y Registro de Voluntades Anticipadas.
- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
- Ley 9/2017, de 8 noviembre, de Contratos del Sector Público, por el que se transponen al ordenamiento jurídico español las Directivas del Parlamento Europeo y del Consejo 2014/23/UE y 2014/24/UE, de 26 febrero de 2014⁹

Análisis del entorno sanitario y de los competidores

El Hospital TFM6 es un centro sanitario de tercer nivel perteneciente al Servicio Andaluz de Salud (SAS), organismo autónomo adscrito a la Consejería de Salud y Familias del gobierno de la Junta de Andalucía. El SAS es el principal proveedor sanitario del Sistema de Salud Público de Andalucía. El sector privado cuenta en la comunidad andaluza con 61 hospitales y 5.928 camas (28% del total de camas), realizando una importante actividad asistencial, el 38% de las intervenciones quirúrgicas, el 28% de las altas y el 27% de las urgencias. Así, ha registrado un incremento anual del 3,8% en el número de asegurados y el 5,7% en el volumen de Primas.

Análisis de oportunidades

Las oportunidades hacen referencia a factores externos atractivos y positivos para la empresa. El Hospital figura entre los grandes hospitales del Sistema Sanitario Público, con una Cartera de Servicios de alta complejidad, con equipamiento de última generación en las áreas de diagnóstico. En los últimos años se ha destacado por la incorporación de tecnologías avanzadas y por el equilibrio entre los recursos disponibles y la actividad desarrollada. La vocación de innovación, presente en muchas áreas del Complejo Hospitalario, ha permitido avanzar en la línea de la acreditación en materia de calidad, reflejando un impulso de mejora continua que supone una referencia en determinadas áreas. Finalmente, el compromiso con el conjunto del sistema sanitario hace que se impulsen iniciativas orientadas a la cooperación institucional en las áreas logísticas y administrativas, con un alto potencial para añadir valor en los próximos años.

El Hospital TFM6 desarrolla sus actividades en el marco del Sistema Sanitario Público, con criterios de cooperación con el resto de instituciones sanitarias, tanto hospitalarias como en atención primaria, con el objetivo de dar respuesta, desde una perspectiva de continuidad asistencial, a una atención sanitaria de calidad.

Las oportunidades de nuestro hospital son:

1. Hospital universitario con convenios de colaboración para realizar estudios de investigación e innovación: Inclusión del Hospital en las nuevas TICs:

El gran impacto de la innovación, principalmente relacionada con las tecnologías de la información, va a revolucionar la práctica médica, particularmente favoreciendo la existencia del paciente informado, posibilitando los contactos profesional-paciente no presenciales, facilitando la información clínica en cualquier momento y entorno asistencial y haciendo posible que el clínico analice e incorpore de forma permanente los últimos avances de la ciencia médica.

2. Aplicación de avances médicos desarrollados por la Universidad y los especialistas que trabajan en el hospital:

Existe una auténtica avalancha de nuevo conocimiento que se está generando en biomedicina (más de 60.000 citas mensuales en el Medline, la base de datos de publicaciones científicas de Estados Unidos).

3. Gran impacto de las nuevas tecnologías médicas:

El centro de prospectiva The Institute for the Future ha hecho una evaluación de las tecnologías médicas que tendrán más impacto en esta década. Según este análisis, las tecnologías más relevantes en la presente década serán: fármacos de diseño, diagnóstico por la imagen, cirugía mínimamente invasiva, pruebas

genéticas y farmacogenética, terapia génica, vacunas, sangre artificial, xenotrasplantes y utilización de células madre.

Influencia de la tecnología en la salud:

- a) Mejores tratamientos y menos sufrimiento.
- b) Internet como principal fuente de información médica.
- c) Mejora de la atención al paciente.
- d) Las redes sociales como medio para promover la educación de la salud. Los centros sanitarios como Activos en salud a través de su presencia en redes.
- e) Bases de datos online, actualizadas, accesibles y autoexplotables pueden predecir con precisión las tendencias médicas.

La Sanidad como motor económico.

El sanitario será el sector que más empleo creará en España en los próximos diez años, según las previsiones del último informe 'El futuro del empleo' de la consultora Manpower. La perspectiva de este ámbito es pasar de los 1.525.000 empleos a 1.874.000 entre 2016 y 2026.10 Este crecimiento de 349.000 nuevos trabajadores impulsará a la sanidad como el sector que más crece, un 22,9 por ciento total y un aumento del 2,1 por ciento anualmente. Una situación que hace que pase de aportar el 8,4 por ciento al 9 por ciento del peso total del empleo.

A medida que se vaya generando nuevo empleo sanitario, también cambiará la tipología de los trabajos y de los profesionales. El empleo no cualificado pasará a ser casi residual en el ámbito de la sanidad. En el total de la economía española se crearán 2.565.000 empleos. La sanidad será el sector que más aporte a este crecimiento con un 13,6 por ciento del total de los nuevos trabajos creados. Se observa que, cuanto mayor es el nivel de desarrollo de los países, mayor tiende a ser también el gasto sanitario y que el crecimiento de éste conlleva mejoras evidentes en la salud de los ciudadanos hasta un cierto nivel a partir del cual mayor gasto no implica mejoras relevantes en los niveles de salud.

Aparición del concepto de nuevo usuario:

El Paciente empoderado, pacientes formados en el autocuidado de su salud, basado en el conocimiento de su enfermedad entre iguales. Basar las decisiones clínicas en resultados permitirá mejorar la calidad de la atención y reducir los costes, evitando errores y procedimientos innecesarios. También se plantea que esta fórmula es mejor para el pagador, público o privado, ya que los pagos se harán por servicios que ofrecen resultados.

Evolución hacia la e-health:

Aparecerán nuevas formas asistenciales, complementarias y en gran parte sustitutivas de las anteriores: servicios médicos online, e-visititas, desarrollo de la telemedicina, aparición de organizaciones focalizadas especializadas en un determinado problema de salud, etc.

Manteniéndose las formas tradicionales de atención, habrá un cierto desplazamiento de la actividad presencial por actividad y seguimiento a distancia, aprovechando las posibilidades de las nuevas tecnologías, nace el concepto de e-health

Ejemplos como la Telederma, consulta a través del 2.0 entre médicos de familia y dermatólogos, envío de imágenes sospechosas de procesos neoplásicos de la piel.

Análisis de las amenazas

Las amenazas hacen referencia a factores externos, más allá del control de la organización sanitaria, y que pueden poner en riesgo la consecución de los objetivos propuestos. Las amenazas más representativas de nuestro Hospital son:

Problemática económica.

Por un lado la Inestabilidad laboral y por otro Presupuestos no bien ajustados a las necesidades de la sanidad actual.

Cambio demográfico y cambios en los patrones de enfermedad.

El cambio demográfico es uno de los mayores retos a los que se enfrenta el mundo desarrollado. Es un fenómeno que afecta a toda la sociedad. Sus consecuencias implican desequilibrios y altos costes que amenazan la sostenibilidad de los sistemas sociopolíticos. España, al igual que casi todo Occidente, está siendo víctima del rápido envejecimiento de la población.

La esperanza de vida y la tasa de fertilidad iniciaron caminos divergentes hace décadas, una situación que deja un futuro un tanto incierto que economistas e instituciones intentan descifrar. Parece que la corriente principal coincide en que este envejecimiento de la población puede afectar de forma negativa al crecimiento económico y España será uno de los países más castigados.

Los efectos del cambio demográfico son ya hoy visibles en muchos lugares del territorio europeo. La edad media de maternidad de la mujer europea es cada vez mayor mientras que el número medio de hijos por mujer baja. Si bien es cierto que el envejecimiento de la sociedad es una señal de incremento en la calidad y la esperanza de vida, la ausencia de un reemplazo generacional genera dos consecuencias de calado.

Entorno con recursos limitados permanentemente. Diversidad cultural-económica de la Población.

Es un sistema sanitario público y universal, financiado con recursos públicos, en el que el coste de su mantenimiento debe poder mantenerse por la sociedad sin que exista despilfarro, ya que los recursos son limitados. Las expectativas de la población ante los sistemas sanitarios cada vez son más crecientes y con mayor demanda. Por lo que la gestión de los servicios sanitarios debe basarse en resultados en salud. Los costes a veces son inasumibles, lo que hace necesario el control financiero basándose en las mejores evidencias científicas de las actividades realizadas, que aseguren la equidad y medicina de valor, con una alta calidad asistencial. Desechando prácticas que aunque siempre se hayan hecho así, o que sean secundarias a grupos de presión, no aporten calidad ni resultados en salud. De ahí estrategias como las Recomendaciones de «No Hacer» llevadas a cabo por el Ministerio de Salud que son todas aquellas que no han demostrado eficacia, tienen escasa o dudosa efectividad, o no son coste-efectivas¹².

Conflictos de Interés, formación continuada de los profesionales soportados por la industria farmacéutica.

La industria farmacéutica invierte una cantidad de varios miles de millones de Euros anualmente en FMC. Obviamente, no podría invertir esta suma de dinero sin buscar otros beneficios comerciales que no fueran la buena voluntad y el reconocimiento externo. La naturaleza altamente competitiva del mercado de medicamentos requiere que las empresas atenen su apoyo financiero a la promoción de sus productos, y esto es lo que hacen¹³. Incluso hay Guías de práctica clínica, como The Royal Australasian College of Physicians, que abordan el tema desde el punto de vista ético.

La industria farmacéutica y los profesionales sanitarios no comparten los mismos objetivos y difieren en el abordaje del paciente. El hecho de recibir patrocinio desde las compañías cuyos productos podemos prescribir puede conducirnos a un conflicto de intereses, en tanto que puede incitarnos a prescribir, de forma consciente o no, anteponiendo otros criterios diferentes a eficacia, seguridad, coste y conveniencia. Además, puede suponer que determinadas influencias repercutan en nuestra práctica clínica diaria y, consecuentemente, en el paciente, al aportar un conocimiento con orientación puramente biologicista, infraestimando la importancia de los factores psicológicos y sociales, y con riesgo de incrementar la polimedización y la medicalización de la vida.¹³⁻¹⁹

Déficit de profesionales sanitarios. Problemática pre- grado.

La bajada de plazas MIR, el éxodo al extranjero por la temporalidad y el envejecimiento llevan al sistema público a una falta de especialistas generalizada. La sanidad pública en España está inmersa en un caos monumental de recursos humanos. Más de un lustro de recortes, precariedad, jubilaciones forzadas y restricciones en el número de MIR para ahorrar y fortalecimiento de la medicina privada ha llevado a que falten profesionales sanitarios. No es algo puntual, sino que media España tiene problemas para cubrir

plazas de anestesiastas, médicos de atención primaria, pediatras, radiólogos... La situación empeorará los próximos años con la jubilación de 45.000 médicos (el 21%) 20.

Análisis del entorno interno

En el estudio interno, el objetivo es encontrar las debilidades y las fortalezas que tiene el Hospital como organización empresarial: las primeras para corregirlas y las segundas para impulsarlas. Para ello se estudian diferentes variables donde destacan la cartera de servicios y la actividad asistencial del Hospital.

Cartera de servicio Hospital TMF 6

El Hospital es un Complejo Hospitalario Regional perteneciente al Sistema Salud Público es el centro de referencia, para los servicios de Cirugía Maxilofacial, Cirugía Pediátrica, Cirugía Plástica, Cirugía Cardiovascular, Neurofisiología Clínica, Hemodinámica, Neuro-imagen, Cirugía Torácica, Unidad de Reproducción Asistida, Cuidados Críticos de Neurotraumatología, Unidad de Radiocirugía Estereotáxica, Unidad de Cirugía de Base de Cráneo, etc.. y centro donde se realiza la extracción de órganos y tejidos donantes y realización de trasplante de riñón, hígado, córnea, tejido óseo tendinosos, piel y progenitores hematopoyéticos.

Este centro Hospitalario es referente de dos distritos de atención primaria, de dos hospitales comarcales de la provincia y de la zona oriental de la comunidad, incluyendo dos hospitales de segundo nivel asistencial.

El escenario de actuación del Hospital reúne todas las características que le confieren complejidad a un centro hospitalario: la población de referencia del área, multiplicidad de centros, utilización altas tecnologías y consumo de recursos, así como el volumen de producción, alcanzando las más altas tasas de frecuentación por habitantes en las áreas de hospitalización, de urgencias, de intervenciones y de consultas externas.

Este Complejo Hospitalario está constituido por siete centros asistenciales y por la cartera de servicios que se detalla en el ([Anexo II](#)).

Patologías prevalentes.

Con los datos obtenidos del análisis de situación desde el punto de vista epidemiológico, estas son las patologías más prevalentes del área sanitaria, que más recursos consumen en la atención y que pueden ser abordadas en la mejora que se plantea con el nuevo modelo de Hospital.

- Dolor Crónico no Oncológico:

Se estima que el 17% de los españoles está diagnosticado de dolor crónico, esto varía según el ámbito de estudio y el tipo de dolor: oncológico, perioperatorio, asociado a procedimientos, dolor pediátrico, etc.

Se calcula que el 15% de la población de referencia padece dolor crónico, de éstos el 56,4% de más de 5 años de evolución. Cada tipo de dolor requiere una atención para resolverlo de forma coordinada, ya sea la atención urgente en el hospital, en las Unidades de Tratamiento del Dolor, en Atención Primaria, con tratamiento farmacológico, psicológico y con el apoyo de las escuelas de pacientes.

- Cuidados Paliativos:

Los cuidados paliativos han demostrado mejorar la calidad de los cuidados, aumentar la satisfacción de los pacientes y cuidadores y de los profesionales sanitarios, reducir los costes sanitarios (reducir uso de urgencias e ingresos hospitalarios, y ser más cortas las estancias), e incluso aumentar la supervivencia en casos específicos. Se estima que estos pacientes se distribuyen de forma que el 60-70% son pacientes oncológicos y el 30-40% son pacientes no oncológicos. La actual organización de la asistencia a personas con necesidades de cuidados paliativos pivota sobre la Unidad de Paliativos del Hospital (consulta, servicio de guardias localizadas), las camas para paliativos del Servicio de Medicina Interna y el servicio de Urgencias. ([Anexo III](#)).

- Enfermedades Reumáticas y del Aparato Locomotor:

Las enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas (ERYME) incluyen un espectro amplio de condiciones que va desde enfermedades de inicio y curso agudo o subagudo hasta otras de larga evolución. La prevalencia de las ERYME aumenta con la edad, por lo que los aspectos demográficos tienen especial relevancia a la hora de predecir la tendencia en los próximos años en relación al envejecimiento de la población andaluza, por lo que cabe esperar un incremento de las EM de tipo degenerativo y de la dependencia. Contiene varios Procesos asistenciales incluidos ([Anexo IV](#)). Y datos de Actividad ([Anexo V](#)).

- Cardiopatías:

La Enfermedad Cardiovascular es la primera causa de muerte, nuestra Comunidad ocupa el primer lugar en el porcentaje de mortalidad por patología cardiovascular, un 32,76% situándose por encima de la media nacional que es del 28,98%.

- Insuficiencia cardiaca: Unidad de Insuficiencia Cardiaca en el Hospital con participación de Cardiología y Planes de Continuidad de Cuidados con Atención Primaria y con la participación parcial de Medicina Interna, Enfermera Gestora de casos y Consulta de Enfermería de Insuficiencia Cardiaca. ([Anexo IV](#))
- Cardiopatía isquémica: Código Infarto. Unidad de Rehabilitación Cardiaca en el Hospital. Modelo de atención al Síndrome Coronario Agudo sin elevación de ST atendido en Urgencias en dos escalas sin vía clínica específica, una a través de la UCI y otra con ingreso directo en Cardiología. Datos de actividad ([Anexo VI](#))

- Diabetes:

La tercera parte de las personas con diabetes, aproximadamente, están sin diagnosticar. Además, otro millón de personas más se encuentra en una situación de elevado riesgo de desarrollar diabetes (“prediabetes”), ligado fundamentalmente al exceso de peso y la falta de actividad física. En estudios de seguimiento poblacionales realizados se ha comprobado que hasta un 90% de todos los nuevos casos de diabetes tipo 2 ocurren en personas con sobrepeso u obesidad. Datos de actividad sanitaria relacionados con DM ([Anexo VIII](#))

- Ictus:

En serie temporal de 2003 a 2013 la Incidencia hospitalaria de Enfermedad Cerebrovascular, según datos del INE, ha disminuido a nivel nacional (228 a 220 por 100.000 habitantes) y en nuestra Comunidad (191 a 185 por 100.000), según la misma fuente y en el mismo periodo, también se ha producido un descenso de la mortalidad de 89 a 60 por 100.000 a nivel nacional y de 105 a 67 por 100.000 en Andalucía, manteniéndose por encima de los datos nacionales. Indicadores proceso asistencial Plan Ictus ([Anexo IX](#))

- Crónicos Complejos.

Se estima que para el año 2050 España, será el segundo o tercer país más envejecido del mundo y pasaremos del 16 al 34% de la población con más de 65 años de edad. La relación de la edad con las enfermedades crónicas y con la utilización de los servicios sanitarios está claramente establecida, y está obligando a que los sistemas sanitarios adapten sus recursos y los reorientan para ofrecer una atención integral a estos pacientes.

La prevalencia de cronicidad en población mayor de 16 años, es del 45,6% y la de múltiples patologías es del 22%. El 61,6% de la población con discapacidad son mujeres. Estas prevalencias son similares entre los grupos de edad de 75-84 años y los mayores de 84 años. El 15% de población mayor de 64 años consume el 51% del total consultas médicas en el Centro de salud. En el domicilio la frecuentación de medicina de familia ha crecido un 59% y la de enfermería un 39%, debido al envejecimiento de la población, inmovilización de pacientes, institucionalización.

- Enfermedades Oncológicas.

El impacto del cáncer en la población española es muy elevado. En el año 2015, los tipos de cáncer más frecuentemente fueron colo-recto, próstata, pulmón, mama y vejiga. El cáncer es la segunda causa de muerte en España siendo responsable del 27% de las defunciones. La organización de la atención oncológica es una prioridad y es necesario continuar avanzando para obtener los mejores resultados posibles. Actualmente existe un considerable acuerdo sobre los elementos esenciales para Coordinación de Atención

Primaria-Atención Hospitalaria durante el diagnóstico, tratamiento y seguimiento, favoreciendo la comunicación, accesibilidad a través de circuitos específicos y la continuidad asistencial durante todo el proceso.

- Patología quir prevalente: Hernias inguinales/crual

Es la hernia más común en la mujer y conlleva una elevada incidencia de estrangulación del contenido herniado, mayormente un asa del intestino delgado. Solo una operación quirúrgica puede resolver una hernia femoral. Entre todas las hernias, se presentan en un 2 - 5% de los casos.

- Patología quir prevalente: Artrosis rodilla y cadera

La artrosis de cadera tiene una prevalencia del 4,4 % en España y ocasiona una gran limitación funcional. Entre el 70 y el 85 % de la población adulta sufre dolor de espalda alguna vez en su vida debido a degeneración articular. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la artrosis se convertirá en la cuarta causa de discapacidad en 2020.

- Patología quir prevalente: Patología Vesícula biliar

La litiasis en la vesícula biliar (LV) es uno de los problemas de salud más importantes y antiguos que afecta al hombre; con serias implicaciones médicas, sociales y económicas, por su elevada frecuencia y complicaciones. Es una enfermedad crónica que se encuentra entre las más frecuentes del aparato digestivo, y su tratamiento (colecistectomía), uno de los actos quirúrgicos abdominales más habituales llevadas a cabo. Se encuentra entre las 5 primeras causas de intervención quirúrgica Se diagnostica entre un 10% y un 30% de sus habitantes y cada año hay un millón de casos nuevos. Se presenta en el 20 % de las mujeres y el 10 % de los hombres.

- Lesiones de piel:

Hay un aumento de la patología dermatológica premaligna y maligna, secundarias a la exposición solar. Con respecto al melanoma con un incremento de la tasa de incidencia del 181,3 % en varones y del 205,3 % en mujeres. Representa el 1,3 y el 2,5 % de los tumores malignos en varones y mujeres El cambio de color y forma, la mayoría de estas lesiones no son malignas. Algunos tipos de lesiones que pueden ser eliminadas por cirugía patología benigna incluyen:

- Léntigos
- Quistes
- Verrugas
- Lipomas (bultos de grasa) inofensivos
- Cicatrices Malignas: melanoma

Actividad asistencial del Hospital

Es un hospital que figura entre los grandes hospitales del Sistema Sanitario Público, dotado de una Cartera de Servicios de alta complejidad, cuenta con equipamiento de última generación en las áreas de diagnóstico. En los últimos años se ha destacado por la incorporación de tecnologías avanzadas y por el equilibrio entre los recursos disponibles y la actividad desarrollada. ([Anexo X](#))

La vocación de innovación, presente en muchas áreas del Complejo Hospitalario, ha permitido avanzar en la línea de la acreditación en materia de calidad, reflejando un impulso de mejora continua que supone una referencia en determinadas áreas. Finalmente, el compromiso hace que se impulsen iniciativas orientadas a la cooperación institucional en las áreas logísticas y administrativas, con un alto potencial para añadir valor en los próximos años.

Nos centraremos básicamente en los aspectos de actividad del hospital en relación con las áreas que analizaremos y propondremos tendencias de cambio para el hospital del futuro con respecto a pacientes crónicos, pacientes con intervenciones quirúrgicas programadas, y actividad de urgencias.

El punto de partida, la situación actual con los datos de los que disponemos son los siguientes:

De los indicadores asistenciales que se han utilizado para realizar el seguimiento se desprende información que se comenta a continuación.

Actividad en hospitalización.

Mantiene actividad similar desde el 2017 al 2018 en cuanto a número de camas disponibles y pacientes ingresado, se puede apreciar una ligera desviación al alza en el número de estancia y en el tiempo de estancia media, esta tendencia encuadra perfectamente en la situación social que nos envuelve en la actualidad , desde la sanidad nos enfrentamos al reto de la atención a una población cada vez más envejecida, con problemas de salud más crónicos que precisan estancias más prolongadas en a nivel hospitalario.

Actividad quirúrgica.

Igualmente mantiene una casuística similar en los dos últimos años comparados en cuanto a intervenciones programadas y CMA, sin embargo destaca el aumento de número de intervenciones realizadas de forma urgente y otras intervenciones , el motivo por el cual se disparan éstas, es que al encontrarnos en situación de colapso con las listas de espera y ante la desesperación de los pacientes ante la misma, recurren al circuito de urgencias, forzando el rendimiento de este área que en ocasiones se encuentra disponible, pues la ocupación de urgencias está sometida a la peculiaridad del factor sorpresa de las mismas, por este motivo cuando el paciente considera que la demora en su intervención programada es excesiva, acude al circuito

de urgencias y si este está disponible asume al paciente, y de esta forma el indicador está especialmente elevado.

Actividad de urgencias.

Se encuentra estabilizada, en los dos últimos años, apreciándose un aumento del número total de las mismas, manteniéndose el % de ingreso y reduciéndose el tiempo de espera previo al ingreso, insisto en remarcar que este aumento del número de urgencias está especialmente vinculado a la demora de las listas de esperas quirúrgicas, al acudir un paciente ya estudiado y con patología conocida, el tiempo de asistencia es menor y justifica la evolución de la actividad

Con estos datos, se propone ante el aumento de estancias medias de los pacientes crónicos complejos, un modelo de Hospital basado en la eficiencia con hospital de día y hospital de corta estancia, así como la industrialización de la patología quirúrgica programada de complejidad leve - moderada , conocido como hospital factoría.

El control de la presión de urgencias, se corresponde con un cambio en la organización de la atención de patologías crónicas que se reagudizan, con coordinación entre atención hospitalaria y atención primaria, primando los cuidados y la continuidad asistencial.

Análisis de las fortalezas

El análisis interno nos permitirá conocer las debilidades y las Fortalezas de nuestro hospital y poder ofrecer alternativas para contrarrestarlas. Las fortalezas hacen referencia a atributos propios de la organización Sanitaria de marcado signo positivo, y pasamos a detallarlas:

Motivación

Un elemento clave en la efectividad y eficiencia del trabajo en Atención sanitaria es la motivación de los profesionales. No es de extrañar, por tanto, que continuamente y de forma recurrente tanto políticos como gestores, sindicalistas y profesionales sanitarios busquen o reclamen soluciones para "motivar" e incentivar a los trabajadores de forma adecuada.

Líderes naturales.

Se potenciará la búsqueda activa de líderes clínicos para fomentar el cambio en la estructura sanitaria y se incorporará la opinión de la ciudadanía en la gestión clínica, mediante la estrategia de participación Ciudadana, es una de las fortalezas.

Progresión del Trabajo en Equipo.

Los líderes fomentarán el trabajo en equipo de todos los profesionales, con incorporación de equipos multidisciplinares, que aborden integralmente a los pacientes, y no sólo por patologías. Se identificarán las fortalezas y debilidades de cada empleado, para que cada uno desempeñe un rol en función de sus conocimientos y competencias.

Creación de UGC.

La medicina actual tiende a aplicar la mejor ciencia médica existente, en un marco organizativo adecuado y al menor coste posible. En muchos ámbitos a esto se le ha llamado Gestión Clínica (GC) y, para su correcta puesta en práctica, dado que representa un cambio adaptativo sobre la situación anterior, se han acordado algunos requisitos como necesarios.

Estos incluyen la participación voluntaria de los profesionales sanitarios en el proceso de cambio, la existencia de un liderazgo admitido en los centros sanitarios y áreas funcionales, el trabajo en equipo y por objetivos consensuados, la creación de bases de datos clínicos y económicos transparentes, la evaluación de resultados contrastables en términos de bienestar para los pacientes y el control de la eficiencia. Este enfoque tiene como objetivo central el bienestar y la salud de las personas. La implantación de estos nuevos conceptos es compleja y su aplicación correcta es, en la actualidad, un auténtico reto para los sistemas de salud públicos (SSP).

Compromiso Social de los trabajadores.

El término Responsabilidad Social Corporativa (RSC) forma parte del tejido social de las entidades públicas y privadas. De una década a esta parte, un mayor número de organizaciones han tomado conciencia de que el fin comercial por sí mismo no puede utilizarse como único indicativo de desarrollo y crecimiento económico, sino que hay otros elementos, como el impacto generado en el entorno, las prácticas responsables y la consideración de las necesidades y expectativas de los grupos de interés, que son cuestiones sobre las que rendir cuentas a una ciudadanía igualmente responsable.

Sistema de Información Propio (explotación Datos)

La Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud tiene como finalidad poner disposición de cada ciudadano, y de los profesionales sanitarios que le atiendan, sus informes clínicos más relevantes cuando reciben o han recibido asistencia sanitaria fuera de la Comunidad Autónoma en la que habitualmente son atendidos.

Experiencias exitosas

Trabajo por gestión de procesos, en los que se recomiendan las Buenas Prácticas, basadas en la Evidencia Científica:

1. Uso Racional del Medicamento: Prescripción principio activo, ISC, prescripción por receta XXI
2. Prácticas de dudoso valor, recomendaciones “Do not Do” de la NICE
3. Integrar estrategia de Seguridad del Paciente
4. Inclusión de la Participación Ciudadana

Mejoras en la eficiencia a través de Indicadores de Calidad:

1. Índice de utilización de estancias
2. Reducción de Estancias evitables
3. Mejora de la Cirugía
4. Indicadores de calidad de la AHRQ (Agency for healthcare research and quality) (IQI, PSI, PQI, entre otros)

El Hospital como Activo en Salud y motor económico.

El Hospital, actuará como un Activo en Salud, con políticas acordes con el respeto al medioambiente, prevención de Riesgos Laborales; puntos de información para prevención de enfermedades y promoción de salud. Buscando siempre la mejora continua hacia la creación de Hospital Saludable. Además de motor de desarrollo económico en cada uno de los lugares en los que se encuentran sus centros, como centro de creación de empleo, tanto directo como indirecto.

Análisis de las debilidades

Las debilidades hacen referencia a rasgos que aunque están bajo el control de la empresa limitan su capacidad para alcanzar los objetivos deseados, pasamos a detallar los de nuestra organización:

Escasa flexibilidad organizativa (convenio colectivo, incentivos...)

La flexibilidad organizacional es la capacidad de una organización para responder y adaptarse al cambio, anticiparse a las amenazas y las oportunidades futuras y entender sus vulnerabilidades. En el ámbito del Hospital existe poca flexibilidad secundaria a convenios colectivos, políticas de incentivos...que actualmente están alejadas de las necesidades de los trabajadores y del Hospital como empresa.

Falta de liderazgo Clínico

Ante la falta de liderazgo y la falta de motivación; se aprovechará la experiencia y la motivación que existe en grupos de trabajadores a los que se les estimulará para que generen soluciones y cambios organizativos, basados en metodologías participativas adaptadas a cada contexto.

Se les dará autonomía organizativa y responsabilidad en la gestión de los recursos, para que moldeen la estructura del Hospital a las necesidades de los profesionales, para que la atención sea centrada en y con el paciente.

Para encontrar un liderazgo clínico de expertos, se debe invitar a los profesionales a definir y diseñar la forma más eficiente y efectiva para realizar su trabajo.

Un buen líder clínico tendrá:

1. conocimiento clínico
2. atención en el cuidado del paciente
3. el concepto de liderazgo hay que enmarcarlo en el conocimiento
4. Conceptos de práctica avanzada y dominio del 2.0 y entorno digital del siglo XXI. Aprendizaje basado en la Medicina Basada en la Evidencia, en las Buenas Prácticas y en la búsqueda continua de la mejora clínica.

Facilitará la asistencia con criterios costes efectivos. Promoverá la cultura de Seguridad del Paciente. Será un gran profesional, estará capacitado para asumir responsabilidades. Tendrá una gran adherencia ética, será capaz de dar atención a la diversidad; habilidades interpersonales y de comunicación.

Inercia hacia el “siempre se ha hecho así”.

En los hospitales públicos se toman muchas decisiones porque están interiorizadas, pero no se llegan a evaluar sus resultados de forma sistematizada. Hay miedo al cambio. POr lo que desde la dirección, se fomentará la relación dirección-profesionales basada en el Respeto, en la toma compartida de las decisiones, sin imposiciones; haciendo partícipes de ellas y con responsabilizando a todos los profesionales implicados en cada decisión. Buscando la calidad asistencial y la mejora continua, con formación en medicina de valor.

La relación se verá reforzada con un flujo de información transversal. Se trabajará en la disminución de la variabilidad clínica observada, con formación en los grados y recomendaciones de la evidencia clínica. Se promocionará la inclusión de la Certificación Profesional. ([Anexo XI](#))

Necesidad de Cambio.

La existencia de necesidad de cambio, influida por las nuevas perspectivas laborales de la sociedad, unida a la motivación de un grupo de trabajadores, deben de servir de impulso para establecer nuevas relaciones laborales que puedan estar en la mano del

Hospital, enfrentándose así a los nuevos retos laborales a tener en cuenta en la sociedad actual ([Anexo XII](#))

Mala Visión de la Gestión

Reforzar la creación de Unidades de Gestión Clínica para dar a conocer el sistema de gobernanza a través de acuerdos de Gestión.

No Sentimiento de Pertenencia

Se fomentará el Trabajo en Equipo y se aprovechará las mejoras que aportan las TICs (tecnologías de la información y la comunicación) en la atención sanitaria para aumentar el sentimiento de pertenencia a la organización sanitaria.

Sistema de Información propio (continuidad asistencial)

Los hospitales como actores principales del sistema sanitario generan un importante volumen de información, pero en la mayoría de los casos esta se encuentra dispersa o no está disponible en tiempo y forma necesarios. Los sistemas de información son un instrumento que permite recoger y tratar la información de modo que sea útil para la toma de decisiones.

Variabilidad Clínica.

La incertidumbre en el valor de los distintas opciones terapéuticas es lo que va determinar diferentes formas de práctica clínica y a esto es a lo que se denomina variabilidad en la práctica clínica . La existencia de variaciones significativas va repercutir de forma negativa en la calidad asistencial poniendo de manifiesto tres tipos de problemas: un problema de efectividad, un problema de eficiencia y un problema de accesibilidad.

Falta de formación en Gestión Clínica.

Desconocimiento por parte de los clínicos de indicadores basados en la información recogida en las bases de datos; (INFHOS, INIHOS, COAN, CMBD,AGD) y otra parte extraídos de la base de datos propia del sistema informático y analizada y exportada por el servicio de Documentación propio. Incorporación de las nuevas TIC en la gestión clínica influirá en la optimización de la atención al paciente, ayudarán a mejorar el acceso a la información, la búsqueda de evidencias en resultados en salud, impulsar estrategias de continuidad asistencial en atención a la cronicidad, evaluación de indicadores de calidad, la eHEALTH, la telemedicina... implantación de estrategias de educación sanitaria y promoción de salud. Creación de nuevos modelos de accesibilidad, visualización, apertura e interacción por parte de la ciudadanía y del Hospital a través de las RRSS (linkedin, twitter, facebook, instagram, entre otros)

Análisi DAFO

DEBILIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> • Escasa flexibilidad organizativa (convenio colectivo, incentivos...) • Falta de liderazgo Clínico • Inercia hacia el “siempre se ha hecho así” • Necesidad de cambio. • Mala Visión de la Gestión • No Sentimiento de Pertenencia • Sistema de Información propio (continuidad asistencial) • Variabilidad Clínica • Falta de formación en Gestión Clínica 	<ul style="list-style-type: none"> • Crisis económica. Inestabilidad laboral. • Crisis Política e institucional del Sistema público de salud • Cambio demográfico y cambios en los patrones de enfermedad. • Entorno con recursos limitados permanentemente. Diversidad cultural- económica de la Población • Formación continuada de los profesionales soportada por la industria farmacéutica. • Déficit de profesionales sanitario
FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Líderes naturales. • Motivacion. • Progresión del Trabajo en Equipo. • Creación de UGC. • Compromiso Social de los trabajadores. • Sistema de Información Propio. (explotación Datos). • Experiencias exitosas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital universitario con convenios de colaboración para realizar estudios de investigación e innovación con la Universidad: Inclusión del Hospital en las nuevas TICs y en el 2.0. • Aplicación de avances médicos basados en la innovación de la Universidad y los especialistas que trabajan en el hospital: • Gran impacto de las nuevas tecnologías médicas. • Sanidad es el sector que más va a crecer de la economía. • Aparición del concepto de nuevo usuario • Evolución hacia la e-health

Formulación estratégica

La estrategia es el proceso conducente a la elaboración de un plan que nos debe guiar para la consecución de la misión y visión de la organización empresarial mediante el logro de las metas y objetivos.

La estrategia debe proporcionar la respuesta a todos aquellos factores del entorno que influyen sobre la organización y que se convierten en la principal función de la dirección estratégica.

La formulación estratégica por tanto, viene a constituir el marco que la organización utilizará para construir el mecanismo de la toma de decisiones, que determina los objetivos y metas que la organización sanitaria persigue.

El establecimiento de un proceso de implantación de las distintas estrategias que conforman el plan debe quedar establecido y desarrollado, los sistemas de control y evaluación del plan, así como los mecanismos para realizar las correspondientes correcciones que sean necesarias son igualmente de suma importancia.

Desarrollo estratégico

Se abordarán los problemas detectados con un nuevo modelo de Hospital, con una redistribución de las áreas y estrategias de trabajo.

Quedando configurado en los siguientes módulos:

- Módulo de Hospital Factoría
- Módulo de Hospitalización Convencional (UCI y Urgencias)
- Módulo de Hospital de Día, que incluiría un hospital de corta estancia
- Reorganización de la asistencia sanitaria de las patologías más prevalentes a través de los Planes Integrales Operativos, con coordinación entre atención hospitalaria y atención primaria.

Misión, visión y valores del plan estratégico del Hospital del futuro

MISIÓN: Proporcionar una asistencia sanitaria de máxima calidad, reestructurando el ámbito quirúrgico, ajustando la atención en Hospital de Día de Crónicos y los circuitos de Urgencias. Buscando siempre la máxima eficiencia, eficacia y efectividad de la atención, ya que los recursos son limitados.

VISIÓN: Ser el hospital de referencia en calidad asistencial, innovación e investigación en la provincia de Granada ofreciendo una atención integrada a los pacientes en el contexto de un hospital de futuro. Para ello desarrollaremos unas nuevas líneas de acción en el ámbito quirúrgico (Hospital factoría), en el hospital de día de pacientes crónicos y en Urgencias.

VALORES:

- Atención centrada en el paciente.
- Equidad.
- Profesionalidad.
- Trabajo en equipo.
- Ética asistencial.
- Calidad contrastada.
- Gestión eficiente.
- Cultura participativa.
- Actitud crítica.
- Identificación con la organización.
- Cultura innovadora.
- Investigación.

FACTORES CLAVES DEL ÉXITO.

- Atención empática y personalizada al paciente. Humanización de la Atención
- Ambiente laboral que fomente la participación y la comunicación, para favorecer la generación de conocimiento, la innovación, la creatividad y el crecimiento.
- Asegurar la continuidad de cuidados del paciente con una cuidada coordinación y colaboración entre atención primaria y atención hospitalaria.
- Desarrollo efectivo del espacio socio-sanitario.

Objetivos y líneas estratégicas del Hospital del futuro

El objetivo prioritario es alcanzar una asistencia médica eficiente, basada en la estandarización de los procesos asistenciales.

Una característica fundamental del hospital del futuro ha de ser su flexibilidad, su capacidad para adaptarse y para incorporar de forma racional los avances tecnológicos. Un rasgo para hacer posible esa flexibilidad es la participación como socios de los proveedores de alta tecnología.

Escenarios de la actividad y económicos

La administración pública, no está preparada para afrontar los retos que plantea la tecnología. Hay que considerar cualquier tipo de inversión como un hecho excepcional, que se paga con partidas específicas y cuya dotación solo se produce en la práctica de forma muy restringida. Se trata de un mecanismo de control más orientado a la gestión de activos como un edificio, o una carretera, pero tremendamente alejado de las necesidades actuales en diagnóstico por la imagen o radioterapia. El hospital del futuro ha de gestionar

su tecnología mediante acuerdos de cooperación con proveedores que incluyan la actualización tecnológica constante, la renovación de los equipos, la garantía de disponibilidad, el mantenimiento y el rendimiento asegurado de estos. A cambio, el proveedor recibirá una cuota anual que cubrirá todas estas necesidades, con penalizaciones por el no cumplimiento de los objetivos de disponibilidad. El proveedor ha de sentirse socio, participe de los resultados finales de la aplicación de sus equipos, y ha de implicarse en su rendimiento tanto como el propio hospital.

La clave de este tipo de relaciones es el largo plazo. No se pueden establecer contratos de colaboración entre el sector público y el privado si no existe un horizonte temporal suficientemente amplio. También es importante la generación de masas críticas suficientes para producir economías de escala que beneficien a las dos partes. No tiene sentido un hospital configurado como puzzle de distintas marcas, sino más bien como la suma de un puñado de proveedores altamente especializados en sus sectores de competencia. Otra base fundamental es el diálogo con los proveedores. La búsqueda de relaciones a largo plazo justifica plenamente un esfuerzo amplio en seleccionar la mejor alternativa entre los posibles socios. Esto supone procesos de licitación más complejos, basados en el diálogo y la transferencia de conocimiento, pero que fortalecen al hospital en la medida en que el resultado es mucho más meditado y contrastado que mediante un concurso público tradicional. No debe faltar el diálogo interno entre dirección de hospital y clínicos, para extraer de la relación con los proveedores el máximo rendimiento para los pacientes. La gestión posterior de esta nueva relación debe basarse, por una parte, en los compromisos adquiridos por los proveedores, en el mantenimiento de los principios establecidos en el diálogo previo. Es importante igualmente armar organizativamente el hospital para gestionar la priorización de la incorporación de tecnología, y para extraer el máximo valor de los contratos en marcha. La dinamización tecnológica debe ir desde la vigilancia del cumplimiento de los contratos, hasta la formación, la búsqueda de nuevas sinergias con los proveedores, el aprovechamiento asistencial de las ventajas tecnológicas obtenidas, el seguimiento del rendimiento de los equipos y el seguimiento de la disponibilidad de los mismos, así como la gestión de la actualización tecnológica. En definitiva, flexibilidad y capacidad de adaptación son claves en un hospital no solo del futuro, sino del presente. En todos sus aspectos organizativos, pero también en la gestión de la tecnología.

Modelo Hospital Factoría

La base del concepto Hospital Factoría para el abordaje de la patología quirúrgica habitual es la estandarización de procesos, estandarizar, supone una ventaja competitiva para el crecimiento sostenido del hospital y seguridad de nuestros pacientes, entre los beneficios de la estandarización de los procesos quirúrgicos destacan:

- Aumento de la productividad.
- Evita duplicidad de actividades.
- Satisfacción de pacientes.
- Fomento del desarrollo de la empresa.
- Reducción del estrés laboral.

Las personas que ocupan una lista de espera sufren a menudo un riesgo adicional derivado del tiempo que pasa hasta que obtienen tratamiento; sin embargo, en otras ocasiones, las personas en lista no tienen necesidad del tratamiento por el que esperan.

Ambos argumentos, contrastables con evidencias empíricas, serían suficientes para afirmar que debe llegar la gestión a las listas de espera dejando a un lado políticas más o menos oportunistas. Por políticas oportunistas se entiende mantener la mala información sobre listas o su "maquillaje", utilizar programas de autoconcertación sin más horizonte que llegar a final de año sin lista de más de seis meses, etcétera.

La Lista de espera quirúrgica debe tender a una demora técnica con tiempos de espera limitados que responda a una gestión adecuada y no suponga un problema de salud para el paciente. Lo importante es alcanzar un equilibrio entre la planificación y racionalización de la demanda y la gestión eficaz, efectiva y eficiente de la oferta.

Según apreciamos en el análisis de actividad quirúrgica programada y CMA de los años 2017 y 2018, destaca el aumento de número de intervenciones realizadas de forma urgente y otras intervenciones. Una mala planificación de la gestión de las listas de espera puede hacer que las intervenciones urgentes estén en aumento. Se ha decidido la implantación de una línea de acción destinada a establecer un circuito fluido quirúrgico que nos permita disminuir la lista de espera quirúrgica en procesos programados, como son Prótesis de cadera y rodilla, hernias inguinales y lesiones de piel como procesos básicos y pilotos, al tratarse de una patología muy prevalente y con mayor lista de espera, con demoras por encima de los decretos establecidos.

Un factor clave es el control de la variabilidad de la práctica clínica. En el caso de la lista de espera quirúrgica, los servicios de salud deberían facilitar la elaboración de un catálogo. Centralizado de procedimientos quirúrgicos priorizados para los procedimientos más frecuentes y para la atención a los procesos más graves, lo que homogeneiza la gestión de la lista de espera quirúrgica en los

Decreto 180 días	Nº de pacientes	Días de espera media
Otros procedimientos terapéuticos con uso de quirófano sobre piel y mama	287	475
Artroplastia diferente a cadera o rodilla	56	230
Otros procedimientos terapéuticos sobre párpados, conjuntiva y córnea	206	222
Fusión espinal	120	202
Otra reparación de hernia	463	184
Decreto 120 días		
Reparación de hernia inguinal/crural	470	153
Hiperplasia benigna de próstata	78	166
Artroscopia	287	137
Prótesis de cadera	141	126
Colelitiasis	325	125

centros hospitalarios, servicios y unidades del Servicio de Salud. Con revisión de Indicaciones basadas en la Evidencia científica, alejados del sobrediagnóstico y sobretratamiento.

Como información complementaria al catálogo se debe especificar si el procedimiento es o no susceptible de realizarse con cirugía mayor o menor ambulatoria, así como el tiempo medio de quirófano, anestesia y cirugía.

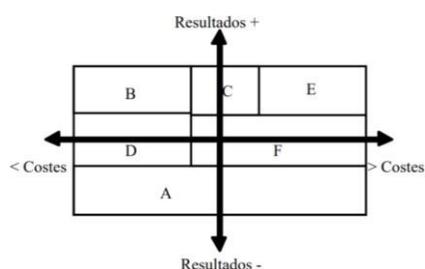
En el pasado, los hospitales han trabajado en un entorno amigable, la industria hospitalaria se caracterizaba por la provisión de servicios orientados a médicos, asimetrías de información, acceso limitado a atención médica y un sistema de pago de servicios.

En respuesta a las nuevas necesidades que se plantean debemos pensar en nuevos modelos de organización, el modelo tradicional está basado en el concepto de especialidad del médico, pero podemos implantar un nuevo modelo, el modelo hospital factoría, que se usaría para la gestión del grupo de pacientes quirúrgicos programados de gravedad menor o moderada, se trata de aquellos pacientes a los que sabemos qué le vamos a hacer, hacerlo de forma estandarizada y hacerle a todos lo mismo, para de esta forma mejorar la eficiencia, para los pacientes de urgencias o de alta gravedad proponemos el modelo "job shop" que es distinto.

Debemos pensar por tanto en dos modalidades, una parecida a una cadena de montaje o producción, para patologías concretas de alta prevalencia y baja complejidad y la otra más artesanal para pacientes complejos o de urgencias.

Estas nuevas estrategias comentadas nos permitirán ser más eficientes y tener más calidad en la asistencia recibida por el paciente. Con disminución de la variabilidad de la práctica clínica.

Factorización o industrialización, se trata de estandarizar el proceso, clasificar a los pacientes convenientemente y hacerles a todos lo mismo de la misma forma. Basado en un plan de formación a nuestros profesionales sobre la importancia y la manera de gestionar correctamente la lista de espera, con objetivos consensuados y poder de autogestión del área quirúrgica²². Cuando se aplica la metodología de hospital factoría en buena parte de la casuística, se pueden conseguir reducir la variabilidad de la práctica, la disparidad en el uso de recursos hospitalarios y también los costes por proceso; además de mejorar algunas de las complicaciones post-quirúrgicas más habituales.



Se trata de dirigirnos a la zona B y C del gráfico, es decir mejorar los resultados clínicos manteniendo o incluso disminuyendo los costes.

Las características industriales que definen los procesos que se integran en esta visión “hospital factoría” son:

Los pacientes candidatos se catalogan en función de riesgos y complejidades con el fin de elegir bien la idoneidad del proceso que se les aplicará.

Hay que elaborar un mapeo industrial de los procesos clínicos seleccionados, por lo que médicos y enfermeras deben contar con el apoyo de analistas de sistemas, project managers, tecnólogos y economistas.

Gracias al mapeo industrial, las funciones de médicos y enfermeras quedan delimitadas estrictamente a las que les son propias. Todos los demás profesionales (sanitarios o no) tienen definidas cuáles son sus responsabilidades en cada punto de los procedimientos.

Se informará a los pacientes de todos los pasos que deberán seguir en el proceso y hay que explicarles qué se espera de ellos en cada momento. Si se cree conveniente, se utilizarán técnicas de comunicación avanzadas para conseguir que el paciente se implique.

Se deben implantar instrumentos de proceso industrial moderno como Lean o Six Sigma para mejorar eficiencias y se deben utilizar métodos de control de calidad de proceso y de resultados de manera sistemática.

Siempre que sea factible, los procesos del hospital factoría se aplicarán en instalaciones específicas, o reservados especiales de instalaciones generales, como quirófanos o UCI. Lo importante es que el personal implicado, siempre que sea posible, no combine hospital factoría con hospital generalista.

En los procesos programados de complejidad alta o extrema y en procesos de urgencias no tan estandarizables por la propia idiosincrasia del mismo. Se propugna el concepto de “job shop”.

- Se trabajará en equipo multidisciplinar
- Se elaborará un plan individualizado para cada paciente ingresado.
- Los médicos generalistas (internistas, médicos de urgencias, geriatras y médicos de familia) y las enfermeras referentes de cada paciente deben garantizar la calidad y la continuidad asistencial.
- Los médicos especialistas deberán elegir entre el trabajo en la factory o su aportación como consultores en el hospital generalista.

Otra característica muy importante de este modelo de actuación bajo el nombre de Hospital factoría es la satisfacción del paciente, una de las expectativas de los pacientes es recibir el mismo tipo de atención

médica que los demás: equidad en la asistencia sanitaria. Cuando se escoge un grupo de pacientes por su diagnóstico, condición o necesidad de un tratamiento concreto, existen una serie de características básicas que los definen y son recogidas, permitiéndose obviamente desviaciones en situaciones concretas. Se consigue en definitiva una estandarización de la prestación pero sin olvidar la existencia de características individuales en algunos pacientes.

Se plantea por tanto la implantación del sistema hospital factoría para 4 patologías en 3 servicios: Cirugía General y digestiva, Cirugía Ortopedia y traumatología y Dermatología.

Se propone la implantación del modelo factoría donde el parte quirúrgico estará constituido por:

- Prótesis de cadera.
- Prótesis de Rodilla.
- Hernias inguinales.
- Lesiones dérmicas.

Los profesionales del quirófano siempre serán los mismos, cirujanos, anestesistas, enfermería, auxiliares de enfermería y celadores.

Se implantaran las mismas Prótesis que serán elegidas de entre un catálogo previamente configurado, donde habrá un máximo de 3 para decidir según las características del paciente, la misma malla para las herniorrafias , la enfermería instrumentista será conocedora de la técnica quirúrgica y no se perderá tiempo por el desconocimiento de la misma.

Referente a la dimensión de los partes quirúrgicos tenemos la siguiente:

- 3 Prótesis de cadera
- 3 Prótesis de Rodilla.
- 6 herniorrafias.
- 10 lesiones cutáneas.

Indicadores de calidad del hospital Factoría.

- Gestión adecuada de listas de espera
- Número de pacientes operados / quirófano.
- Número de intervenciones realizadas / año.
- Coste por paciente según proceso.

Análisis Económico del Modelo de Hospital Factoría.

Se ha documentado y demostrado claramente que personas con el mismo problema de salud a menudo reciben diferentes evaluaciones o tratamientos. Estas diferencias en el proceso de atención pueden

conducir a diferencias en los resultados clínicos y además variaciones en los costos. La adopción de estandarización de procesos supone la necesidad de gestionar un cambio cultural, organizativo y profesional que permita estandarizar los conocimientos de los profesionales, y la comprensión de los beneficios aportados por el uso de estos estándares tales como: cambio de actitudes entre los profesionales - interiorización de que las recomendaciones mejoran los cuidados -. Cambio de comportamiento - de modo que la práctica clínica tenga en cuenta las recomendaciones -. Cambio en los resultados clínicos y en la salud de la población, mejorando la calidad de la atención, la salud y la satisfacción del paciente²⁷.

Atención ambulatoria de patologías crónicas, basadas en hospitales de día

Debido al cambio de la población de referencia, con envejecimiento de la misma y la aparición de enfermedades crónicas y procesos oncológicos. La Hospitalización de Día ha tenido un considerable desarrollo, teniendo como resultado un incremento notable en la eficiencia en la atención a pacientes, dejando de realizarse ingresos en unidades de hospitalización convencional. Se entiende como “Hospitalización de Día” la asistencia en el hospital durante unas horas, ya sea para realizar diagnóstico y/o administración de tratamientos que no pueden hacerse en la consulta externa y no se justifican la estancia completa en hospital.

La difusión y consolidación de la Hospitalización de Día, así como la diversidad de configuraciones organizativas, estructurales y funcionales que tiene esta modalidad asistencial y las repercusiones en términos de calidad y seguridad del paciente, priorizan su inclusión en las acciones recogidas en el Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud junto con la elaboración de criterios de calidad y seguridad y la promoción de su evaluación como soporte de las decisiones clínicas y de gestión.

El Hospital de Día (HD) es un servicio asistencial donde, bajo la supervisión e indicación de un médico especialista, se atiende a pacientes de distintas especialidades (oncología, hematología, neurología, aparato digestivo, medicina interna, cardiología, neumología....), bien para tratamientos, fines diagnósticos, exploraciones múltiples; o bien para estabilizar pacientes procedentes de consultas externas o desde Atención Primaria, con descompensación de su patología basal, mientras se decide su ingreso hospitalario o alta a domicilio, durante unas horas sin necesidad de ingreso. (Anexos XIII, XIV y XV)

Esta modalidad asistencial de HD es preferible para:

- Los pacientes frente a la hospitalización, el paciente puede programar las citas en el HD y eliminando así las cancelaciones de tratamientos lo que hace más eficiente la atención sanitaria prestada en esta modalidad de organización asistencial.
- Para sus familiares que puedan compaginar los tratamientos con sus actividades como las infecciones nosocomiales.

- Para los clínicos, porque les permite programar los tratamientos de forma más directa y flexible.

Con la implantación del modelo organizacional del Hospital de Día, se establecerán las siguientes líneas estratégicas:

- Promocionar la coordinación con los profesionales de Atención Primaria. La HdD debe participar en el seguimiento longitudinal del paciente, con el objetivo de prestar la atención que en cada momento precise en el lugar (domicilio, consulta de atención primaria o de hospital, Hospital de Día, hospitalización convencional, urgencias) y con los recursos (de personal, tecnológicos) más adecuados. Para ello es preciso que exista una efectiva coordinación entre el médico responsable del paciente en atención primaria y el médico (o, en su caso, otro profesional que sea el “gestor del paciente”) en atención hospitalaria.
- Utilizar las tecnologías de la información para evitar desplazamientos innecesarios de pacientes (gestión de agendas), o la repetición de pruebas complementarias (historia única de Área de Salud), etc.
- Desarrollar programas de coordinación socio-sanitaria dentro del propio centro, lo que permitirá, no sólo identificar necesidades de los usuarios, sino actualizar e introducir las acciones de mejora necesaria. Un importante número de los pacientes atendidos en las UHdD son beneficiarios potenciales de esta coordinación intersectorial.

Los cuidados, el centro de la atención en el Hospital de día.

Este tipo de paciente precisa un perfil de cuidados muy definidos en los cuales el objetivo principal del personal de enfermería se debe basar en unas estrategias básicas como son:

- La estandarización del cuidado creando unas normas, manuales o protocolos que conozca todo el personal que trabaja en HD.
- Seguridad en la atención del paciente (prescripción y administración segura...).
- Formación continuada.
- Mejora continua de la calidad de servicios prestados a los pacientes.

El manejo y cuidado es complejo y debe ser interdisciplinario, se debe asegurar una atención humanizada cercana al paciente y familia y proporcionar todas las medidas que estén a nuestro alcance para conseguir una atención segura, integral, confidencial y humana al paciente y familiares.

Se debe hacer una gestión eficiente de la demanda, a fin de alcanzar el mayor aprovechamiento posible de los recursos disponibles, compatibilizando la citación de los pacientes programados con la atención a los que, cualquiera que sea su procedencia, accedan a la unidad sin posibilidad de programación.

Alta HdD.

La mayoría de los pacientes del HdD serán dados de alta antes de completar una estancia. Los criterios de alta deberán estar establecidos. Generalmente, el paciente será dado de alta a su domicilio -o a un recurso asistencial alternativo como hospital de corta estancia- y solo en un pequeño porcentaje de casos en los que es necesario prolongar los cuidados, puede requerir el ingreso en una unidad de hospitalización convencional.

Análisis económico de la inclusión de un Hospital de Día.

Los valores del coste medio por proceso de cada uno de los GRD del hospital de día, con respecto a la hospitalización convencional y el ahorro estimado. El ahorro estimado de cada proceso resulta de la diferencia del coste medio por proceso en hospitalización convencional menos el coste medio del proceso en hospital de día. Ejemplo el caso del estudio del Hospital.

Clínico de Valladolid. Los gastos del hospital de día representaron el 8,6% de los gastos generados en la hospitalización convencional, con un ahorro global de 78.390,69 euros.

Coste medio		
Grupos relacionados por el diagnóstico	Coste medio hospital de día (€)	Coste medio hospitalización convencional (€)
Enfermedades sistémicas autoinmunitarias	524,01	4875,59
Enfermedad por el virus de la inmunodeficiencia humana	215,52	1070,06
Trastornos metabólicos e inmunodeficiencias primarias	420,21	5994,34
Enfermedades del sistema nervioso	1056,64	14254,15
Enfermedades hepáticas y de vías biliares	557,69	6844,69
Enfermedad inflamatoria intestinal	218,23	1983,75
Enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo	202,79	4057,25
Enfermedades del aparato respiratorio	1283,98	15805,2
Reacción infecciosa o inflamatoria por dispositivo protésico	1126,35	10573
Enfermedades hematológicas	479,65	4902,96
Tuberculosis activa e infección tuberculosa latente	107,68	1377,51
Enfermedades infecciosas	822,08	8318,11
Trastornos del ojo	107,76	1345,71
Enfermedades del aparato urinario	190,18	3398,04
Corte, punción o hemorragia accidental	42,22	945,32
Total	7354,99	85745,68

Representaron el 8,6% de los gastos generados en la hospitalización convencional, con un ahorro global de 78.390,69 euros²⁸. Fuente: Rentabilidad de un hospital de día: análisis de actividad, coste y eficacia.

Así, hemos diseñado y desarrollado un cuadro de mandos para monitorizar la actividad, la complejidad y los costes del Hospital de Día incluyendo indicadores 29,30 de estructura, indicadores de actividad asistencial, indicadores de recursos asignados a esta unidad, indicadores orientados a la satisfacción del paciente, indicadores de optimización de recursos, indicadores sobre mejoras asistenciales e indicadores coste por proceso.

Con la recogida mensual de dicha información se puede conocer el estado de situación, su evolución y la tendencia o proyección de todos los indicadores relacionados, lo que nos permitirá poder tomar decisiones con un mayor nivel de certidumbre.

Indicadores de calidad

Entre los Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud puede ser aplicable a las UHdD ([Anexo XVI](#)), se elabora un Cuadro de Mandos ([Anexo XVII](#)) para realizar el seguimiento y monitorización

Hospital de subagudos y Hospital de corta estancia

Levenson et al han definido el concepto de cuidados de subagudos como aquéllos orientados a tratar de manera inmediata después de un proceso de hospitalización de agudos uno o más problemas médicos complejos. Los cuidados postagudos no son una simple prolongación de los cuidados de agudos, sino que debe contribuir a mejorar los resultados de salud. El modelo se basaría en una valoración geriátrica integral. El criterio de ingreso se basaría, entre otros, en un paciente frágil o con enfermedad crónica evolucionada con riesgo de deterioro funcional y reagudización de su enfermedad con riesgo de complicación moderado/bajo y que podría beneficiarse de una atención geriátrica específica³². las patologías que más relación tiene con este tipo de concepto son: RHB Ictus, RHB PostQca ,Paliativos, Ingresos corta estancia.

Hospitalización convencional

Está destinada para la hospitalización en la fase aguda de las enfermedades, estas son aquellas que tiene un inicio y un fin claramente definidos y es de corta duración.

Generalmente, se considera que su duración es menor de tres meses. Es el término contrario a enfermedad crónica.

Está centrado en patología médica compleja, que será un modelo como el actual de hospitalización convencional, en el que primará la gestión clínica, con una evaluación continua de los criterios de ingreso y del control de estancias. Dentro del mismo se incluirá la atención crítica (UCI) y la atención de urgencias, con una remodelación en los circuitos del servicio de urgencias.

Servicio de urgencias

La atención sanitaria urgente ocupa un lugar destacado en nuestro sistema sanitario, tanto por el volumen de la demanda, como por la trascendencia social de esta actividad. Para ello, en nuestro Hospital se ha decidido usar el modelo de triaje Manchester. Diseñado en los años 90 por los profesionales de los SUH de la ciudad de Manchester a fin de dar respuesta a la inquietud de los profesionales en este ámbito de trabajo, que buscaban disminuir el riesgo clínico, asignando una prioridad de atención según la queja del paciente y unas preguntas bien definidas, estandarizadas y jerarquizadas, que permiten clasificar a los pacientes en:

- Prioridad 1, atención Inmediata (identificados con el color Rojo),
- Prioridad 2, atención Muy Urgente antes de 10 min , (color Naranja),
- Prioridad 3, atención Urgente antes de 60 min (color Amarillo),

- Prioridad 4, atención Menos Urgente antes de 120 min (color Verde),
- Prioridad 5, atención No Urgente antes de 240 min (color Azul).

Se diseñarán los circuitos de atención y mediante la metodología LEAN, se implementará el nuevo funcionamiento de las urgencias del Hospital. ([anexo XVIII](#) y [XIX](#)) Se incluirán en este tipo de modelo asistencial, los procesos tiempos dependientes, como son:

1. Código Ictus.
2. Código Infarto.
3. Código Sepsis.
4. Código politrauma.

Actuaciones que deben ser rápidas, protocolizadas y con unos circuitos de atención bien establecidos. Desde la activación en Atención Primaria y dentro del mismo hospital.

Atención coordinada de las patologías más prevalentes a través de planes integrales operativos

Aspectos organizativos entre el nuevo modelo de Hospital y Atención Primaria, ante el nuevo modelo de hospital, los cuidados a través del personal de enfermería que presta sus servicios al paciente de hospital, no sólo trata y cuida al paciente, sino que engloba a la familia y a la comunidad y además no es un estadio concreto, es un proceso largo y complejo desde el diagnóstico hasta su alta (bien por fallecimiento, bien por curación). Se implementará el papel de la enfermera de enlace³³ para la coordinación con Atención Primaria de los pacientes crónicos complejos, y se aprovechará el impulso de la Estrategia de Nursing Now³⁴. Las enfermeras se encuentran en el corazón de la mayoría de los equipos sanitarios, desempeñando un papel crucial en la promoción de la salud, así como en la prevención y el tratamiento de enfermedades. Al ser los profesionales sanitarios más cercanos a la comunidad, desempeñan un papel especial en el desarrollo de nuevos modelos de cuidados comunitarios y sostienen los esfuerzos realizados a escala local para promover la salud y prevenir la enfermedad.

Se integrarán circuitos de coordinación con los recursos sociosanitarios y con los recursos sociales para el abordaje de los problemas de los pacientes ante altas de complejidad de cuidados, con la incorporación de equipos de abordaje multidisciplinar y redes de cuidados para fomentar la continuidad asistencial. Como el modelo Holandés de cooperativas de enfermeras, el Buurtzorg Model³⁵, fomentando los cuidados en la población con patologías crónicas.

Por otra parte, se impulsará el trabajo coordinado entre profesionales de atención primaria y atención hospitalaria de las patologías más prevalentes a través de los Planes Integrales Operativos: cuyo objetivo general debe ser determinar la situación actual y los aspectos a mejorar, dentro del área local de actuación, en el manejo global del paciente, en el ámbito de atención primaria y hospitalaria, con un problema de

salud determinado, para conseguir los mejores resultados en salud y con los mejores indicadores de calidad científico-técnica y de calidad percibida por los pacientes. Ejemplo de Plan Integral de Ictus ([Anexo XX](#), [XXI](#))

Se creará un grupo de profesionales de AP y AH, con un coordinador al frente, por patología a abordar.

1. El Plan Integral Operativo es un análisis de la situación actual con el abordaje en el área de los determinantes de la salud y factores de riesgo que tienen una mayor importancia en términos de morbilidad sobre el problema de salud analizado, así como un análisis de la organización asistencial que en ese momento tenga el área para dar respuestas a estas necesidades.
2. Se fijarán los objetivos específicos, propuestas de mejora y recomendaciones
3. Se mejorará la organización con estructuras de trabajo (comisiones clínicas conjuntas...)
4. Se definirán protocolos de actuación local que contengan:
 1. Mejoras en la accesibilidad y la continuidad asistencial
 2. Recomendaciones farmacológicas y los escalones terapéuticos
 3. Intervenciones de cuidados en base a los PAIs y/o guías de práctica CLÍNICA
 4. Mejorar los sistemas de monitorización y control de calidad e incidencias.
 5. Mejorar los registros y el retorno de la información,
 6. Resultados en Salud, basados en la Inclusión de los estándares set de ICHOM 36. Incorporación de la opinión del paciente en todo el proceso asistencial. ([Anexo XXII](#))
 7. Itinerarios formativos que ayuden a la consecución de los resultados:
 8. Estrategias de implantación y seguimiento.
 9. Cronograma de trabajo anual.
 10. Indicadores de Monitorización y evaluación de resultados.

Estos planes Integrales operativos se establecerán para patologías prevalentes, como la DM, el Ictus, la cardiopatías, los pacientes crónicos complejos, las patologías de aparato locomotor, los procesos oncológicos y los cuidados paliativos.

Análisis económico del nuevo modelo de Hospital

Para poder realizar el cambio al nuevo modelo de Hospital de Futuro hemos realizado un análisis económico con respecto al año 2018 con el hospital de referencia.

En Hospitalización convencional, supondría una disminución del 5% de los ingresos, 2.440 ingresos menos, reducción del 20%, con una disminución 76.330 estancias, con disminución de estancia media en 2 días; pasando del 7,77 a 6 días. Derivado de la creación del hospital de corta estancia y del hospital de día de crónicos. Esta disminución no afectaría económicamente, pero mejoraría en la gestión de camas y accesibilidad del hospital.

La creación del Hospital del hospital de corta estancia y subagudos, dotación de 20 camas, con horario de mañana y tarde durante la semana. Con una duración media de 2 días de tratamiento / paciente. Dotación de recursos humanos: 2 médicos, 6 enfermeras, 2 fisioterapeutas y 4 TCAE. Con un coste de 392.000 €/año en recursos humanos, y 220.000€/año en fungibles (Sin incluir farmacia, ya que los tratamientos actualmente se realizan en hospitalización convencional). Altas aproximadas 6200 altas /año, nº de tratamientos 12.520/año.

Para el Hospital de Día, se dotaría de 70 camas y sillones, funcionando 313 días al año, de mañana y de tarde, con una media de 3 días de tratamiento. Con 7 consultas con 10 pacientes/día. Coste en recursos humanos (5 médicos, 12 enfermeras y 7 TCAEs) corresponde con 699.000€/año. En fungible 420.000 €/año con un coste total de 1.119.000 €/año.(sin farmacia) Lo que nos va a proporcionar unas 10.333 altas/año con 31.300 tratamientos /año y 21.910 consultas/año.

Los beneficios económicos se reflejarán una vez bien ajustados los ingresos prevenibles, pudiendo redimensionar los recursos humanos y el recurso cama de la hospitalización convencional. Invirtiéndolos en la línea de Hospital Factoría.

En Hospital Factoría, diariamente se aumentaría la CMA (cirugía mayor ambulatoria) en 22 intervenciones más al día. Para ello incluiríamos 5 médicos, 4 enfermeras y 2 TCAEs. Con un coste de 380.000 €/año, en fase inicial, posteriormente, estos recursos (enfermería) provendrían de Hospitalización Convencional. Aumentaríamos en un 48% la CMA.

La incorporación de nuevas formas de trabajo por procesos y coordinación con Atención Primaria, mejoraría la atención de urgencias; con disminución de las mismas en un 8% y el tiempo de espera para ser ingresado de 180 minutos de media. La atención de los pacientes crónicos y de patologías prevalentes, serán ajustados a la máxima calidad, disminuyendo la variabilidad clínica. Con mejora en resultados en salud.

Ver cuadro resumen en ([Anexo XXIV](#))

CONCLUSIONES.

Después del análisis detallado de la viabilidad del proyecto Hospital del futuro, se puede concluir lo siguiente:

Conclusiones generales

- El envejecimiento de la población y el aumento de patologías crónicas, hace más que necesaria la promoción de ideas para innovar en la atención que necesitan los pacientes.
- La base del concepto Hospital del Futuro será la estandarización de procesos. La atención estandarizada, basada en protocolos y guías de práctica clínica, supone un avance cualitativo de magnitud a la hora de mejorar la gestión de los hospitales, disminuyendo la variabilidad de la práctica clínica, mejorando la eficiencia y la seguridad del paciente, permitiendo evolucionar en la gestión en la dirección de las necesidades.
- El hospital del Futuro estará formado, por varios módulos de atención; el módulo Hospital Factoría, el Módulo de Hospital de Día y corta estancia y el Módulo de Hospitalización convencional. Todo ello bien articulado para que prevalezca la continuidad asistencial con Atención Primaria y los recursos sociosanitarios.

Conclusiones parciales

- El aumento progresivo de la actividad quirúrgica, se traduce en un aumento de las listas de espera y un por consiguiente una demora en el tratamiento, la implantación del Hospital Factoría, conseguirá obtener un mejor rendimiento del equipo quirúrgico, consiguiendo adaptar las listas de espera a tiempos óptimos.
- La Hospitalización convencional está limitada, mayormente condicionada por pacientes crónicos reagudizados, que terminan hospitalizados. La gestión de un hospital de día para pacientes crónicos nos permite descargar el volumen de hospitalización y permite tener una mayor eficiencia disminuyendo los costes.
- La asistencia a urgencias es un factor clave en la gestión del hospital, es muy importante poder clasificar correctamente las asistencias para poder priorizar por gravedad. Así como la implantación de protocolos de actuación en los casos tiempo- dependiente, ictus, isquemia, sepsis, politrauma, lo que proporciona resultados en salud de la población, con menor morbi-mortalidad y dependencia, lo que repercute en la eficiencia de la atención.

Destacar los elementos que se consideran claves para la consecución de los objetivos y las principales barreras y obstáculos a superar

- La mejora de la eficiencia en la utilización de los recursos es la clave de las reformas que nuestro modelo sanitario necesita. Se trata de producir el máximo nivel de salud con los recursos disponibles. Esto ha de concretarse en la eficiencia en la gestión, es decir, desarrollar la actividad en los centros y servicios sin derrochar recursos y, además, seleccionar las actividades que promuevan los mayores resultados en salud. Garantizando siempre la equidad de la atención.
- Los recursos humanos son el recurso principal del sistema sanitario. Los profesionales sanitarios poseen motivación intrínseca, un elevado nivel intelectual y la relevancia de su desempeño es enorme. La motivación intrínseca se contempla como una cuestión que depende de cómo los trabajadores se ven a sí mismos en su relación con la empresa. El sentimiento de pertenencia con la empresa, con su puesto, su equipo y su organización, crea identidades que hacen que las organizaciones logren mejores resultados debido a la mayor productividad de los trabajadores motivados. Conseguir que se sientan cuidados por la administración, hará que repercuta positivamente en la atención proporcionada a la población. “Cuidar al que cuida”.
- En definitiva, flexibilidad, modernización en los mecanismos de relación entre gestores y trabajadores y capacidad de adaptación al cambio, son claves en un hospital no solo del futuro, sino del presente.

Precisar logros y pasos subsiguientes

Podemos atrevernos a exponer algunas consideraciones sobre el futuro y la sostenibilidad del Sistema que nos lleven a indicar lo que tiene que cambiar para obtener los resultados que queremos, revisando el estado del bienestar, normalizando las expectativas sociales basadas en una amplificación tecnológica y creativa que estaban sobrevaloradas en su velocidad y posibilidad de desarrollo. Los cambios tecnológicos, la esperanza de vida en lo que será el país más viejo de la tierra, la cronicidad y pluripatología de los nuevos patrones de enfermedad, nos obligan a:

- Generar alternativas a la Hospitalización convencional para que disminuyan el número de estancias y frecuentación a las prestaciones sanitarias en general.
- Insistir en la creación de “Hospitales de Alta Resolución” que resuelvan más del 90% de los procesos asistenciales, con una atención integral, personalizada, rápida y eficaz. Potenciar así las consultas de acto único, la cirugía ambulatoria, la cirugía mínimamente invasiva, la hospitalización domiciliaria con soporte telemédico y la gestión por procesos para las enfermedades más frecuentes.

- Desarrollar plataformas tecnológicas multicanal que cubran necesidades de información sanitaria y atención a los procesos crónicos o agudos de muy baja complejidad (gripe, golpes de calor, polimedicados...).
- Optimizar e incorporar las tecnologías previa evaluación de impacto y eficiencia.
- Afrontar la alta complejidad basada en la concentración de casos y experiencia, evitando la fragmentación: menos hospitales de alta complejidad y con menos camas. Búsqueda de la efectividad y eficacia.
- Integración y optimización de los procesos de compra y cadena de suministro. Gestionar por economía de escala buscando la eficiencia.
- Incentivar a las organizaciones y los profesionales en el rendimiento sostenible.
- Mecanizar todos los procesos posibles. Lo que las máquinas pueden hacer, que no lo haga el hombre.
- Los profesionales han de ser seleccionados por su nivel de competencia y deben moverse permeablemente por las instituciones del sistema, con proyección y visión, compartiendo logros, favoreciendo la vanguardia y la excelencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional de Estadística. Recuperado 10 diciembre, 2019, de <https://www.ine.es/>
2. Análisis DAFO. En Wikipedia. Recuperado el 16 de enero de 2020 de https://es.wikipedia.org/wiki/An%C3%A1lisis_DAFO
3. La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE-A-1986-10499. Recuperado el 15 de enero de 2020 de <https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14>
4. Ley 39/2006 de 14 diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia BOE-A-2006-21990.
5. Ley Orgánica 9/1985, de 5 Julio, de Reforma del artículo 417 bis del Código Penal. BOE-A- 1985-14138.
6. Ley Orgánica 2/2010, de 3 marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. BOE nº55, de 4/03/2010. BOE-A-2010-3514
7. Ley 2/2010 de 8 abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de Muerte. BOE 127, 25/05/2010. DISPOSICIÓN 8326.) y BOJA 88 de 07/05/2010.
8. Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. BOE-A-2018-16673.

9. Ley 9/2017, de 8 noviembre, de Contratos del Sector Público, por el que se transponen al ordenamiento jurídico español las Directivas del Parlamento Europeo y del Consejo 2014/23/UE y 2014/24/UE, de 26 febrero de 2014.
10. Fundación IDIS. (2019). Sanidad Privada, aportando valor. Análisis de situación 2019. Recuperado 15 enero, 2020, de <https://www.fundacionidis.com/informes/analisis-de-situacion-de-la-sanidad-privada/sanidad-privada-aportando-valor-analisis-de-situacion-2019>
11. El Futuro del Empleo Parte I y II El impacto de la transformación productiva y la revolución demográfica en la creación de empleo 2017-2026 . Indice Manpower Group nº 50 Julio 2018 Dr. Josep Oliver Alonso.
12. GuíaSalud, Sistema Nacional de Salud (SNS). (2013). Recomendaciones de "No Hacer". Recuperado 20 enero, 2020, de <https://portal.guiasalud.es/no-hacer/>
13. Los laboratorios destinaron a formación continuada 115 millones en 2017. Redaccion Medica . Junio 2018. <https://www.redaccionmedica.com/secciones/industria/los-laboratorios-destinaron-a-formacion-continuada-115-millones-en-2017-3718>.
14. The Royal Australasian College of Physicians Guidelines for ethical relationships between health professionals and industry, Sydney 2018. Recuperado 15 enero 2020. https://www.racp.edu.au/docs/default-source/default-document-library/guidelines-for-ethical-relationships-between-physicians-and-industry.pdf?sfvrsn=53c6101a_0
15. Separating Continuing Medical Education From Pharmaceutical Marketing. Relman AS. JAMA. 2001;285(15):2009-2012.
16. Association of Marketing Interactions With Medical Trainees' Knowledge About Evidence-Based Prescribing: Results From a National Survey .Austad KE, Avorn J, Franklin JM, Campbell EG, Kesselheim AS. JAMA Intern Med. 2014;174(8):1283- 1290.
17. Information from Pharmaceutical Companies and the Quality, Quantity, and Cost of Physicians' Prescribing: A Systematic Review. Spurling GK, Mansfield PR, Montgomery BD, Lexchin J, Doust J, et al. . PLoS Med. 2010;7(10): e1000352.
18. Physicians and the Pharmaceutical Industry: Is a Gift Ever Just a Gift?. JAMA. Wazana A. 2000;283(3):373-380.
19. Of principles and pens: attitudes and practices of medicine housestaff toward pharmaceutical industry promotions Steinman MA, Shlipak MG, McPhee SJ. . Am J Med. 2001 May;220(7):551-7

20. Ahora faltan miles de médicos: jubilaciones, recortes y precariedad revientan la sanidad. Rafael Mendez . El Confidencial 10/03/2018.
<https://www.elconfidencial.com/espana/2018-03-10/faltan-medicos-sanidad-publica-recortes-anestesistas-pediatras-atencion-primaria>
21. The Hospital as a Factory and the Physician as an Assembly Line Worker Arthur H. Gale, MD , *Mo Med.* 2016 Jan-Feb; 113(1): 7-9
22. Understanding the effect of specialization on hospital performance through knowledge- guided machine learning.Jangwon Lee Q. Peter He *Computers & Chemical Engineering* Volume 125, 9 June 2019, Pages 490-498
23. Lean manufacturing in a hospital product manufacturer: implementation and evaluation in the perception of managers. Nunes, Rogério da Silva; de Linhares Jacobsen, Alessandra; Cardoso, Rodrigo dos Santos *Brazilian Journal of Management / Revista de Administração da UFSM.* Jan-Mar2019, Vol. 12 Issue 1, p88-106. 19p.Th
24. The Impact of Hospital Specialization on Congestion and Efficiency. Sung-hun Park, Joong Hoon Ko , Eun-song Bae , Meehyang Chang and Daecheol Kim *Sustainability* 2019, 11(5), 1475.
25. Academic physicians as factory workers: identifying and preventing alienation of labor Frank A. Chervenak MD , Laurence B.McCullough PhD. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* Volume 220, Issue 6, June 2019, Pages 558-561
26. A Hospital Is Not Just a Factory, but a Complex Adaptive System-Implications for Perioperative Care. Mahajan A1, Islam SD, Schwartz MJ, Cannesson M. *Anesth Analg.* 2017 Jul;125(1):333-341
27. Herramientas de gestión clínica (I): guías de práctica clínica y vías clínicas L. Quecedo, J. I. Orive*, J. del Llano**, M. R. Roses, F. Gilsanz† *ACT. ANEST. REANIM. (Madrid)* Vol. 11. N.º 3, pp. 94-103, 2001
28. HERNANDO ORTIZ, Lili et al. Rentabilidad de un hospital de día: análisis de actividad, coste y eficacia. *Gac Sanit* [online]. 2012, vol.26, n.4 [citado 2019-12-16], pp.360-365. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112012000400011&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0213-9111. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.09.034>
29. M.P. Astier Peñaa, I. de Val Pardob, J. Gost Gardec, M.C. Silvestre Bustod, M. Larrayoz Dutreya, M. Chivite Izcof y A. Galíndezg, (2014). Propuesta de indicadores para cuadros de mando de servicios médicos y quirúrgicos. *Rev Adm Sanit* 2004;2(3):485-507.

30. Pastor Tejedor, A. C., & Navarro Elola, L. (2004). Diseño del cuadro de mando integral para un hospital público desarrollado en base a los modelo de excelencia. *Productions and Operations Management Society*.
31. García Cornejo, B. (2004). La experiencia en contabilidad de costes y en benchmarking del Sistema Nacional de Salud español. Balance de una década. *Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI*, 2(1), 103–124.
32. Sabartés, O., Sánchez, D., & Cervera, A. M. (2009). Unidades de subagudos. *Revista Espanola de Geriatria y Gerontologia*. Ediciones Doyma, S.L. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2009.01.008>
33. Jódar-Solà, G. & Cadena-Andreu, A. & Parellada, Neus & Martínez-Roldán, J.. (2005). Continuidad asistencial: rol de la enfermera de enlace. *Atención Primaria - ATEN PRIM*. 36. 558-562. Recuperado 15 enero, 2020, de <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-continuidad-asistencial-rol-enfermera-enlace-13082489>
34. Estrategia Nursing Now APPG on Global Health. *Nursing Now*. Sitio web oficial de la campaña. Recuperado 15 enero, 2020, de <http://www.appg-globalhealth.org.uk/>.
35. Home Care by Self-Governing Nursing Teams: The Netherlands' Buurtzorg Model. Recuperado 15 enero, 2020, de https://www.commonwealthfund.org/publications/case-study/2015/may/home-care-self-governing-nursing-teams-netherlands-buurtzorg-model?redirect_source=/publications/case-studies/2015/may/home-care-nursing-teams-netherlands
36. *Productions and Operations Management Society* 2004. International Consortium for Health Outcomes Measurement Recuperado 10 enero, 2020, de <https://www.ichom.org/>

ANEXOS

Anexo I

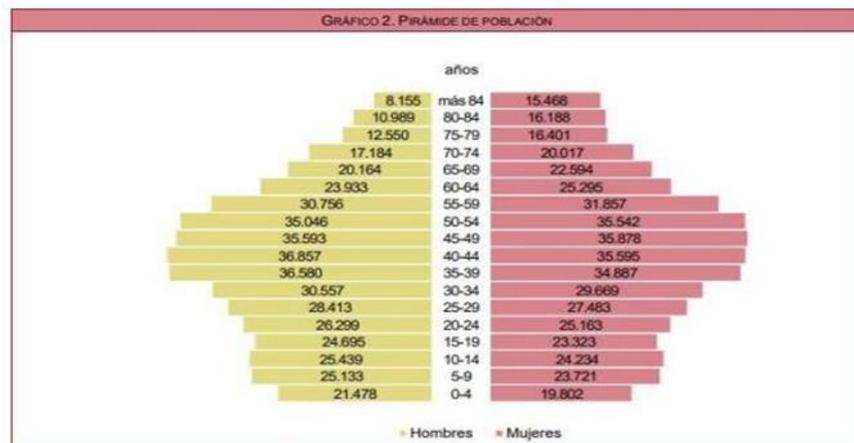


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INE. Padrón Municipal a 1 de enero de cada año.

TABLA 1. EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN ÁMBITO GEOGRÁFICO

Ámbito geográfico	2013	2014	2015	2016	2017
Granada	919.319	919.455	917.297	915.392	912.938
Andalucía	8.440.300	8.402.305	8.399.043	8.388.107	8.379.820
España	47.129.783	46.771.341	46.624.382	46.557.008	46.572.132

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INE. Padrón Municipal a 1 de enero de cada año.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INE. Padrón Municipal a 1 de enero de 2016.

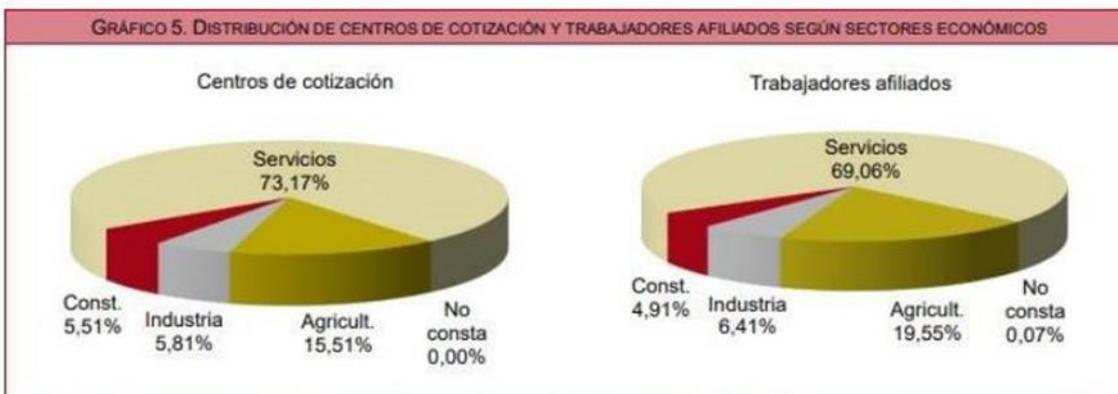
TABLA 2. MIGRACIONES SEGÚN SEXO

Sexo	Inmigrantes		Emigrantes		Saldo migratorio		
	De otras provincias	Del extranjero	A otras provincias	Al extranjero	Interior	Exterior	Total
Hombres	4.906	2.691	5.747	2.553	-841	138	-703
Mujeres	4.431	2.296	5.345	1.736	-914	560	-354
Total	9.338	4.987	11.092	4.289	-1.754	698	-1.056

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INE. Estadística Migraciones del año 2016.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INE. Encuesta de Población Activa del IV trimestre de cada año.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del MEYSS. Centros de cotización y trabajadores afiliados a la Seguridad Social. 31 de diciembre de 2017.

Sector económico	Datos absolutos. Miles de €			Porcentaje		
	Granada	Andalucía	España	Granada	Andalucía	España
Agricultura	1.043.598	8.558.026	27.266.000	7,39	6,50	2,78
Industria	1.230.527	16.720.992	176.484.000	8,71	12,71	18,01
Construcción	873.890	8.166.017	54.927.000	6,18	6,20	5,61
Servicios	10.981.928	98.158.828	721.197.000	77,72	74,59	73,60
Total	14.129.943	131.603.863	979.874.000	100,00	100,00	100,00

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INE. Contabilidad Regional de España. Base 2010. Excluidos impuestos netos.
 Nota: Datos provisionales año 2015.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del MEYSS. Trabajadores afiliados a la Seguridad Social. 31 de diciembre de cada año.

Anexo II: Centros del complejo Hospitalario y cartera de servicios.

Centros dependientes del Hospital TFM6:

- Hospital General
- Hospital Materno Infantil
- Hospital de Neuro –Traumatológico
- Unidad de Cirugía Alta Precoz
- Consultas Externas Cartuja
- C.E. Licinio de La Fuente
- C. Hemodiálisis

La cartera de servicio igualmente orientada a los servicios que se ubican en dicho centro:

- **ÁREA QUIRÚRGICA:** Cirugía Cardíaca, referente Andalucía oriental, Cirugía Torácica, referente Granada, Almería y zona norte Jaén Dermatología, Otorrinolaringología, Oftalmología, Cirugía General, Urología, Cirugía Pediátrica, Cirugía Ortopédica y Traumatología.
- **HOSPITALIZACIÓN EN ÁREA MÉDICA:** Medicina Interna, Enfermedades Infecciosas, Reumatología Endocrinología y Nutrición Clínica Salud Mental Oncología Médica, Oncología Radioterápica, Hematología, Cuidados Paliativos, Cardiología, Unidad de Arritmias, referente en Andalucía Oriental, Aparato Digestivo y Nefrología

Anexo III. Pacientes incluidos en Cuidados Paliativos.

	Población (2017)	Población diana 5/1000	Inscritos Plat 2017	Tanto por ciento, provincia	Tanto 5/mil hab. provincia
Área de referencia	912.938	4.564	645	14,13%	0,71
Comunidad autónoma	8.379.820	41.917	5.511	13,14%	0,66

Anexo IV Procesos Asistenciales Integrados relacionados con el PAERME:

- Fibromialgia
- Artrosis de rodilla y cadera
- Artroplastia de cadera.
- Dolor crónico no oncológico (DCNO)

Anexo V: Atención a las Patologías del aparato locomotor.

- Primeras visitas procedentes de Atención Primaria en las especialidades de Cirugía Ortopédica y Traumatológica (COT), Medicina Física y Rehabilitación (MFR) y Reumatología (REUM), año 2016
- Total solicitudes de consultas PAP de Locomotor en el año 2016 han sido 49.834.

Nº de visitas por especialidad y porcentaje respecto al total de las tres especialidades					Tasas de primeras visitas por 100 habitantes por especialidad			
PROVINCIA	Total de visitas*	COT (%)	MFR (%)	REUM (%)	Tasa total *	Tasa COT	Tasa MFR	Tasa REUM
Hospital Referencia	69.179	50.897	12.960	5.322	7,6%	5,6%	1,4%	0,6%
	100%	73,6%	18,7%	7,7%				
Comunidad autónoma	601.382	349.720	201.000	50.662	7,3%	4,3%	2,5%	0,6%
	100%	58,2%	33,4%	8,4%				

- c) Consumo de fármacos relacionados con las ERYME (AINEs, opioides, Fx biológicos), (Valor de cierre enero-diciembre 2016):

	Objetivo (a alcanzar)	Objetivo (NO empeorar)	Valor cierre	Media andaluza de su grupo
BIOLÓGICOS EN REUMATOLOGÍA		7.297	7.297	6.770
AINES (% DDD ibuprofeno + naproxeno/ DDD AINE)		60,08%	60,08%	55,08%
Opioides (% DDD morfina/ DDD opioides mayores)	15%		5,93%	7,46%

Anexo VI. Datos de atención a patologías cardiacas.

GRD	Tipo GRD	Altas Brutas	Estancia Media	% Mortalidad
194 - INSUFICIENCIA CARDÍACA	M	1094	10,92	17,28%
190 - INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO - IAM	M	334	7,87	14,37%

	Indicador	Centro	CCAA
Estudio de Pacientes	DENSIDAD DE INCIDENCIA (D.I.) DE REINGRESOS POR CUALQUIER CAUSA (/100 personas-año de seguimiento)	67,32	83,69
Ingresados por Insuficiencia Cardíaca (IQI 16 y APR-GRD 194). Años 2013 - 2015	D.I. DE REINGRESOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA (/100 personas-año de seguimiento)	27,61	34,18

GRD	Casos	Estancias	Estancias Esperadas
194 - INSUFICIENCIA CARDÍACA	1014	9531	8131

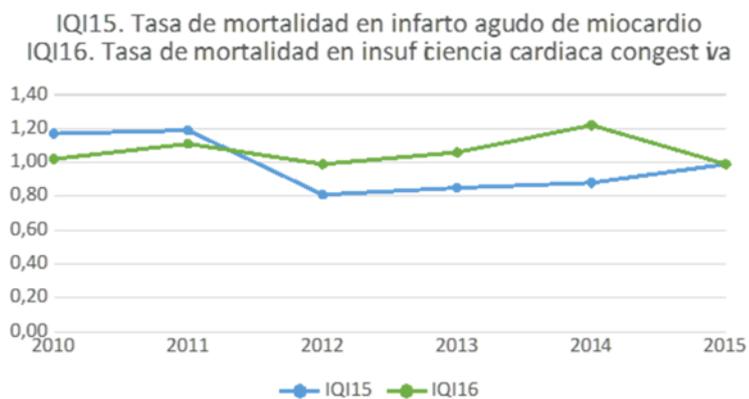
Anexo VII:

Informes de Continuidad de Cuidados en pacientes hospitalizados diagnosticados de Insuficiencia Cardíaca = 81,26% (Nº de pacientes con IC con informe de enfermería al alta y notificadas a AP con Barthel inferior a 60 / Nº de pacientes con IC y Barthel inferior a 60 ingresadas)

Mortalidad hospitalaria en el Síndrome Coronario agudo (SCACEST) en 2017: 3,3%

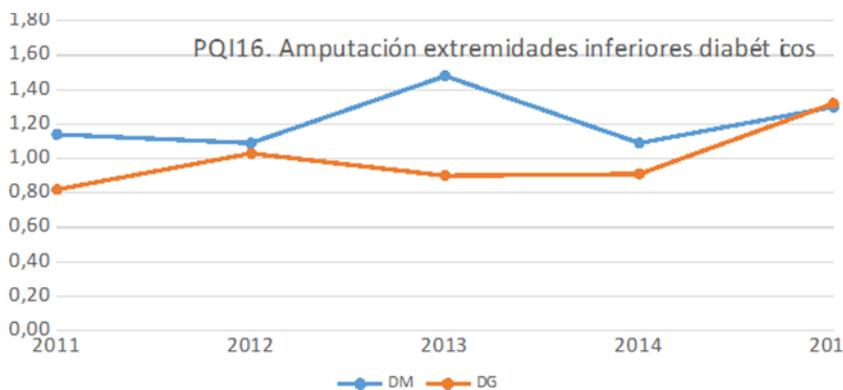
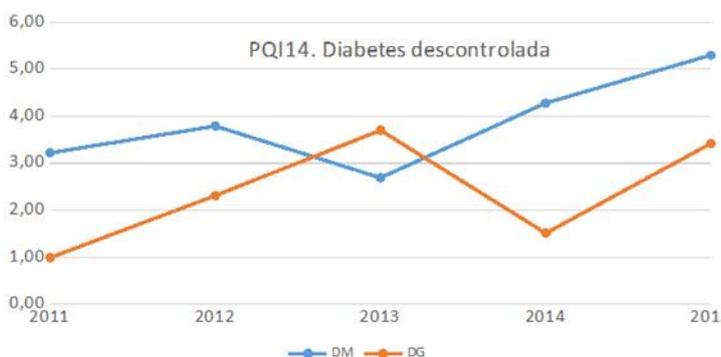
Indicadores de reperfusión precoz en SCACEST años 2016 y 2017

	Año 2016	Año 2017
Fibrinólisis o ICP Primaria	95,02%	90%
ICP Primaria	85,9%	79%



Anexo VIII. Datos de asistencia sanitaria relacionados con Diabetes

- Indicadores de Calidad Preventivos (PQI) Diabetes



- Altas por Diabetes, Estancias e Impacto en Estancias en año 2016

GRD	INLIERS			FUNCIONAMIENTO	Impacto (Estancias Evitables)	
	Caso	Estancias	Estancias Esperadas	IEMA	Total	por Día
120 - DIABETES	173	1177	997	1,1807	180	0,41

Anexo IX. Indicadores proceso asistencial Plan Ictus

Indicadores del Proceso asistencial y Plan ICTUS	2016
Pacientes con Código Ictus activado e indicación de fibrinólisis a los que se realiza este procedimiento (límites 80 – 90%)	90%
Fibrinólisis endovenosa en pacientes con ictus isquémico en los tiempos establecidos (límites 8 – 10%)	13,23%
Porcentaje de hemorragias secundarias a fibrinólisis endovenosa	5,35%
Porcentaje de casos evaluados por UGC Rehabilitación en primeras 24-48 horas	100%

Mortalidad intrahospitalaria. Tasa de Mortalidad por ACV_ IQI 17 en año 2015 (último año disponible):. 11,68% (RE 0,70).

Anexo X. Actividad del Hospital

ACTIVIDAD HOSPITALIZACIÓN	2017	2018
Nº de camas	1.366	1.344
Ingresos desde admisión	49.773	48.791
Estancias	374.737	376.350
Estancia Media	7,53	7,7
ACTIVIDAD QUIRÚRGICA	2017	2018
Intervenciones programadas	13.577	13.619
Intervenciones Urgentes	7.329	9.904
Intervenciones C.M.A.	14.216	14.406
Otras intervenciones	8.815	9.844
Intervenciones Totales	43.937	47.773
URGENCIAS	2017	2018

Urgencias atendidas	380.944	389.285
% Urgencias Ingresadas	7,92	7,95
Tiempo Medio asist. Prev. Ingreso (min)	371,90	280,26

Anexo XI. Criterios de Calidad.

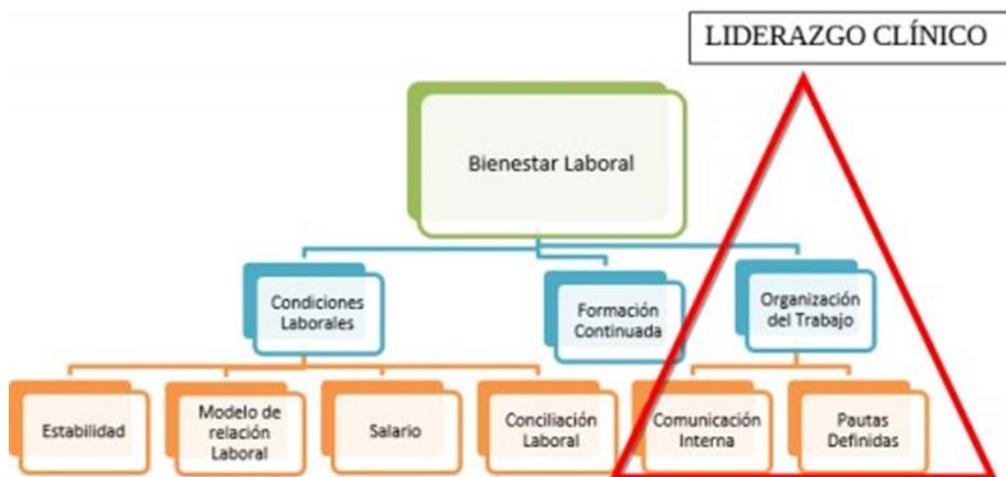
Certificación establecida por la Agencia de Calidad de Sanitaria con evaluación de competencias en:

1. Buenas Prácticas basadas en la Evidencia científica.
2. Grados de evidencia y recomendaciones de Calidad Asistencial (AHRQ)
3. La Gestión por Competencias, aportará además información necesaria para configurar los planes de formación de los profesionales en función de las necesidades;
4. Evaluar el desempeño y la potenciación de la Investigación.
5. La investigación como instrumento de mejora de la práctica clínica y de los resultados en salud.

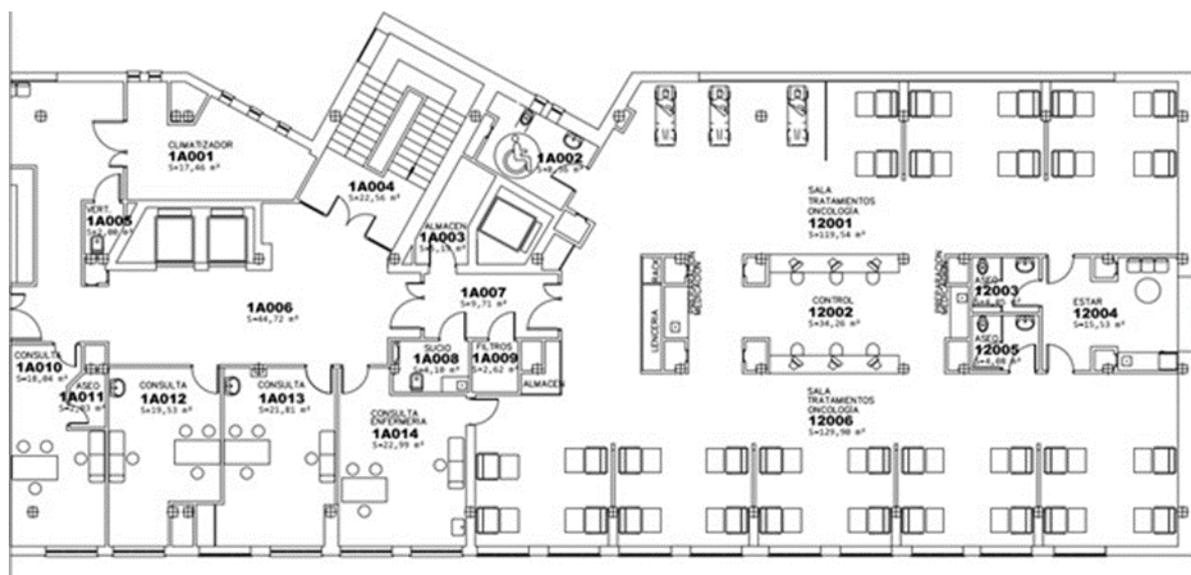
Anexo XII. Retos Laborales

1. Una mayor competición en el marco de una economía globalizada y mundial (competitividad Europea)
2. Trabajo basado en el conocimiento
3. Nuevas categorías profesionales, ámbitos de trabajo y diferentes roles.
4. Gran movilidad geográfica, dispersión geográfica de los trabajadores
5. Crecimiento de las perspectivas éticas de la sociedad, frente a las prestaciones de los Servicios Públicos
6. Nuevas relaciones laborales (nuevos estilos de vida, igualdad, incorporación de la mujer en el mundo laboral, Solicitud de Formación Continuada reglada, Compatibilidad de Trabajo, Conciliación Familiar ...)
7. Necesidad de Trabajo en Equipo, respuestas de Equipos multidisciplinares (atención a la cronicidad...)
8. Desarrollo de Habilidades interpersonales
9. Aumentar la Autonomía de los profesionales en gestión Dar respuesta al Bienestar Laboral, con:
 - a) Estabilidad
 - b) Conciliación Familiar

- c) Modelo de relación laboral
- d) Salario



Anexo XIII. Distribución Hospital de Día



Anexo XIV. Plan Funcional del Hospital de Día

Organización estructural del hospital de día

Estas unidades requieren una serie de recursos estructurales y de equipamiento, deberían responder a la secuencia de actividades siguientes: Acceso físico, Admisión, Espera, Consulta, Tratamiento, Recuperación, Alta.

A continuación se incluye una descripción de las principales características estructurales y funcionales de las áreas físicas en que se desarrollan estas actividades, basada en la circulación idónea de pacientes y en la secuencia de actos realizados sobre un paciente de HdD.

Cartera de servicio de hospital de día.

El horario de atención y administración de fármacos es de 8h a 22h en la sala de tratamientos y el horario de consulta externa es de 9h a 18h.

En cuanto a la prestación de servicios en esta unidad:

- Administración de tratamientos:
- Pruebas diagnósticas: Extracción de sangre y analíticas de orina, Punciones lumbares, Paracentesis, ECG, Analíticas de Consejo Genético
- Transfusiones de hemoderivados (concentrado de hematíes y/o plaquetas).
- Cuidados de catéteres y reservorios (tipo portacath o hickman).
- Estabilización de pacientes antes de su ingreso hospitalario o alta a domicilio.

Plan funcional hospital de día de Crónicos.

Desarrollamos las unidades funcionales del HD y las actividades asistenciales que se realizan.

SALA DE TRATAMIENTOS. En dicha sala se administran los tratamientos farmacológicos, pruebas diagnósticas o bien esperan los pacientes urgentes derivados de las consultas de hematología y/o oncología bien para estabilizarse o para ingresar.

CIRCUITO DEL PACIENTE. El paciente que necesita una prestación de servicios en el HD, habitualmente es programado con cita previa en los ciclos consecutivos. Pero pueden surgir tratamientos nuevos, analíticas nuevas, suspensiones de QT por mal estado del paciente.

El paciente oncohematológico representa aproximadamente el 80% de la actividad del HD, además precisa un perfil de cuidados muy definidos y habitualmente es cita programada.

Recursos Humanos dotados específicamente para el hospital de día

- Supervisora
- Enfermeras: 6, con la siguiente organización: 5 enfermeras en turnos de M y T
- Auxiliares de enfermería: 4, con la siguiente organización: 2 en CCEE de oncología, 2 en HD en turnos de M y T

Proceso de trazabilidad del tratamiento.

En el HdDía la administración de tratamientos seguirá un sistema de trazabilidad, con los mejores estándares de seguridad y máxima comodidad para los pacientes

Criterios de Acceso a la UHdD

El objetivo fundamental es facilitar el acceso a los pacientes susceptibles de ser atendidos en esta modalidad asistencial de HdD. El acceso a la UHdD Médica Polivalente se puede hacer desde atención primaria o desde atención hospitalaria:

- Atención primaria. Los profesionales de atención primaria, en estrecha coordinación con los servicios clínicos del hospital, pueden remitir pacientes a las UHdD sobre bases no programadas, evitando -cuando así esté indicado- la remisión del paciente a los servicios de urgencias de los hospitales.
- Atención hospitalaria: El médico responsable del paciente en los servicios clínicos del hospital puede indicar su remisión a la UHdD sobre bases programadas (p.e. sesiones programadas de quimioterapia) o no programadas (en coordinación con el médico responsable del paciente desde atención primaria, desde las consultas externas, gabinetes o servicio de urgencias del hospital).

Acto	Requisitos Estructurales	Protocolos	Profesionales que intervienen
Recepción en la UHdD • Confirmación de cita, identidad del paciente y proceso. • Conformación de la remisión (pacientes no programados).	• Admisión específica. • Área de recepción. Zona de espera general (Confortable e independiente de hospitalización).	• Asignación del recurso en que vaya a ser atendido el paciente.	• Administrativo. Enfermería.
Preparación genérica • Confirmación de cumplimiento de instrucciones. • Entrega de objetos personales.	Aseo y vestuario específico • Aseo y vestuario. • Custodia de objetos personales (taquillas).	• Preparación procedimiento (confirmación).	• Enfermería.
Procedimiento	Puestos de HdD, en su caso locales especiales (sala de curas, gabinetes, etc.).	• Protocolo de procedimiento.	• Clínico responsable. • Enfermería.
Recuperación	Puestos de HdD (sillones/camas).	• Genérico de seguridad pre-alta: • Conexión al medio. • Funciones vitales. • Otros (control dolor, drenaje, etc.).	• Enfermería.
Decisión de alta o ingreso (pernocta) • Evaluación del clínico responsable. • Instrucciones post-alta.	Zona de readaptación al medio	• Criterios de alta. Instrucciones post-alta. • Definición de seguimiento post-alta (recomendaciones al médico y personal de enfermería de atención primaria responsables del paciente).	• Clínico responsable. • Enfermería.

Anexo XV: Características del Modelo de Hospital de Día

	Polivalentes	Especializados
Unidades de HdD	Unidades de HdD Unidad de Hospital de Día Médico-Quirúrgico.	Unidad de Hospital de Día Onco-Hematológico.
	Unidad de Hospital de Día Médico.	Hospital de Día para pacientes con infección VIH/SIDA.
Puestos de HdD integrados en otras unidades	Puestos de Hospital de Día Vinculados a Unidades de Pluripatológicos, Paliativos, Dependientes.	Hospital de Día Quirúrgico (Readaptación al Medio de la CMA).
		Hospitales de Día asociados a gabinetes de diagnóstico y tratamiento (Endoscopias, Hemodinámica, Polisomnografía, Radiología Vascul ar Intervencionista, etc.).

Secuencia	Localización	Acto	Requisitos
Procedencia	<ul style="list-style-type: none"> • Desde Atención Primaria. • Desde Atención Especializada (consultas, urgencias). 	<ul style="list-style-type: none"> • Programado por el responsable clínico del paciente. • No programado, por indicación del responsable clínico del paciente, o por coordinación entre aquel y el responsable del paciente en Atención Primaria. 	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar ingresos innecesarios en hospitalización convencional, o remisiones evitables a los servicios de urgencia de los hospitales. • Coordinación Atención Primaria - Atención Especializada.

Anexo XVI: Indicadores de calidad de Hospital de Día

Tabla 8.2. Indicadores de calidad.		
Dimensión de la calidad	Indicador	Cálculo
Eficiencia y calidad científico-técnica de la UHdD	1. Cancelación de sesiones.	% [(cancelaciones/pacientes citados)].
	2. Acontecimientos adversos.	% [(reacciones transfusionales/ sesiones en las que se ha realizado una transfusión de sangre o hemoderivados)].
	2.1. Tasa de reacciones transfusionales.	% [(reacciones transfusionales/ sesiones en las que se ha realizado una transfusión de sangre o hemoderivados)].
Eficiencia del sistema	3. Índice de ambulatorización.	% (Sesiones HdD/Estancias Médicas en H. Convencional) (excluye la Hospitalización de Día y estancias quirúrgicas).
Calidad percibida por el usuario de la UHdD	4. Índice de satisfacción.	% en cada categoría de respuesta.

Anexo XVII: Cuadro de Mando de Hospital de Día

CUADRO MANDOS - HOSPITAL DE DIA															
1. INDICADORES ESTRUCTURA			Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sep	Oct	Nov	Dic	Total
1.1. Camas Hospital de día															
1.2. Sillones del Hospital día															
2. INDICADORES ACTIVIDAD ASISTENCIAL			Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sep	Oct	Nov	Dic	Total
GRD	Peso	Nº Tram y Altas													
GRD. 410 Quimioterapia	1,14	Nº Tratamientos													
		Nº Altas													
GRD. 404. Linfoma por leucemia aguda	1,5	Nº Tratamientos													
		Nº Altas													
GRD. 395. Transtorno Hematías	1,05	Nº Tratamientos													
		Nº Altas													
GRD. 275 Proceso malignos de mama	1,11	Nº Tratamientos													
		Nº Altas													
GRD. 173. Neoplasia maligna digestiva	1,14	Nº Tratamientos													
		Nº Altas													
2.1.Total Altas H. DIA															
2.2.Total Tratamientos H. DIA															
2.3. Total Tratamientos/paciente															
2.4. Pacientes nuevos/mes															
2.5.Total Consultas															
Consultas Externas primeras															
Consultas Externas sucesivas															
Indice de primeras vistas/sucesivas															

3. INDICADORES RECURSOS ASIGNADOS	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sep	Oct	Nov	Dic	Total
3.1. Gasto Cap 1. Recursos Humanos													
Gasto personal plantilla													
Gasto personal eventual													
Gasto por guardias, atención continuada													
Días Abonados													
Plantilla Equivalente													
Indice de Ausencia Retribuida													
Prevalencia de IT													
3.2. Gasto Cap 2 y 4. Consumo Recursos materiales: fungibles, farmacia, servicios													
Gasto material fungible sanitario													
Gasto protesis													
Gasto servicio													
Gasto farmacia													
Gasto prestaciones ortoprotesicas, conciertos sanitarios													
3.3. Total Gasto Cap 1, Cap 2 y 4													

4. INDICADORES ORIENTACIÓN AL PACIENTE	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sep	Oct	Nov	Dic	Total
4.1. Espera Media 1ª Consulta													
4.2. Espera Media Inicio Tratamiento													
4.3. Número de quejas y reclamaciones													

5. INDICADORES OPTIMIZACIÓN RECURSOS	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sep	Oct	Nov	Dic	Total
5.1. Índice de Ocupación HD(%)													
5.2. Rendimiento consultas													
5.3. % descitación de consultas													
5.4. % descitación tratamientos													

4. INDICADORES ORIENTACIÓN AL PACIENTE	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sep	Oct	Nov	Dic	Total
4.1. Espera Media 1ª Consulta													
4.2. Espera Media Inicio Tratamiento													
4.3. Número de quejas y reclamaciones													

5. INDICADORES OPTIMIZACIÓN RECURSOS	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sep	Oct	Nov	Dic	Total
5.1. Índice de Ocupación HD(%)													
5.2. Rendimiento consultas													
5.3. % descitación de consultas													
5.4. % descitación tratamientos													

6. INDICADORES IMPLANTACIÓN DE MEJORAS ASISTENCIALES	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sep	Oct	Nov	Dic	Total
6.1. N° Protocolos o guías implantadas													
6.3. Tasa de reingreso por urgencias por GRD													
6.4. Tasa infección hospitalaria													

7. INDICADORES COSTE POR PROCESO	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sep	Oct	Nov	Dic	Total
7.1. Total Coste (índice 3.3)													
7.2. N° de Altas por GRD (índice 2.1)													
7.3. $COSTE/GRD = (Total Coste (7.1.) \times Pto GRD \times N^{\circ} Altas por GRD) / 100$													

Anexo XVIII: Sistema de Triage de Urgencias, Manchester

SISTEMA DE TRIAJE MANCHASTER			
PRIORIDAD	ATENCIÓN	COLOR	TIEMPO
1	Inmediata	Rojo	Inmediato
2	Muy Urgente	Naranja	Antes de 10 minutos
3	Urgente	Amarilla	Antes de 60 minutos
4	Menos Urgente	Verde	Antes de 120 minutos
5	No Urgente	Azul	Antes de 240 minutos

Anexo XX. Acciones de Mejora del PIO Ictus, coordinación AP-AH

ACCIONES DE MEJORA.	ÁMBITO DE APLICACIÓN
Describir exclusivamente el literal de la redacción elaborada por los centros. Utilizar una fila por acción de mejora	Atención Primaria-Atención Hospitalaria
Diagnóstico de FA asintomática en población > 65 años de forma oportunista	Atención Primaria
Vía Clínica de Asistencia hospitalaria al Ictus en su fase hiperaguda en S. Urgencias y Hospitalización	Atención Hospitalaria
Diseño de Historia de Salud de Atención al Ictus estandarizada. (Uso Provincial, hasta HC única estandarizada Andaluza)	Atención Primaria Atención Hospitalaria
Activación correcta de "código Ictus"	Atención Primaria Atención Hospitalaria
Derivación Correcta del "código Ictus" a centro útil	Atención Primaria Atención Hospitalaria
Cumplir con los tiempos de latencia en los Ictus atendidos candidatos a fibrinólisis y/o Trombectomía (Tiempos de latencia asistencial en puerta-aguja y puerta-ingle)	Atención Hospitalaria
Tratamiento de revascularización en Ictus Isquémicos Agudos, fibrinólisis y/o Trombectomía	Atención Hospitalaria
Hemorragias cerebrales 2º a fibrinólisis	Atención Hospitalaria
Médico Rehabilitador Referente definido	Atención Hospitalaria
REHABILITACIÓN PRECOZ <= 72 Horas	Atención Hospitalaria
Elaboración Protocolo de Enfermería de Atención al Ictus.	Atención Hospitalaria
UTILIZACIÓN DEL ÍNDICE DE BARTHEL	Atención Hospitalaria
UTILIZACIÓN DE LA ESCALA DE BRADEN	Atención Hospitalaria
UTILIZACIÓN DE ESCALA BRASS	Atención Hospitalaria
PLANES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA ESTANDARIZADOS AL ALTA	Atención Hospitalaria

SEGUIMIENTO POR ENFERMERA GESTORA DE CASOS CASO DE Atención Primaria (AP) TRAS ALTA	Atención Primaria
Elaboración y desarrollo de un programa formativo con objetivos y actividades concretas a lo largo del año	Atención Primaria Atención Hospitalaria
Prevención secundaria y terciaria del ictus, en coordinación con Atención Primaria	Atención Primaria Atención Hospitalaria
Creación de una "Escuela de pacientes" de Ictus	Atención Primaria Atención Hospitalaria
Educación Sanitaria ante el Ictus	Atención Primaria Atención Hospitalaria

Anexo XXI. Ejemplo de algunos Indicadores de seguimiento de PIO Ictus.

Acción de mejora	Indicador/es (Fórmula)	Fuente	Tipo de Indicador	Límite Inferior	Límite Superior o valor Óptimo	Fecha de Cumplimiento
Diagnóstico de Fasintomática en población > 65 años de forma oportunista	DISEÑO DE ESTRATEGIA PARA LA DETECCIÓN DE FIBRILACIÓN AURICULAR EN A. PRIMARIA: ADECUACIÓN ALA PREVALENCIA (F.A. detectadas > 65 años/ número de > 65 años x 100)	Dirección Asistencial del Distrito Sanitario	Cualitativo	NO	SI	

Vía Clínica de Asistencia hospitalaria al Ictus en su fase hiperaguda en S. Urgencias y Hospitalización	DISEÑO DE VIA CLÍNICA DE ATENCIÓN AL ICTUS EN S. URGENCIAS HOSPITALARIAS Y HOSPITALIZACIÓN	Coordinación del PIO	Cualitativo	NO	SI	
Diseño de Historia de Salud de	DISEÑO DE PLANTILLA DE RECOGIDA	Coordinación del PIO	Cualitativo	NO	SI	
Atención al Ictus estandarizada.	DATOS ESTANDARIZADA LOCAL EN LA FASE HIPERAGUDA DEL ICTUS					
Activación correcta de "código Ictus"	Activación del código ictus ante cualquier déficit Focal de inicio agudo y de menos de 24 horas de Evolución en Pacientes sin demencia avanzada y sin enfermedad terminal. Valor óptimo: Activación correcta > ó = al 60% del total de ictus valorados por el centro coordinador	Registro EPES	Cualitativo	NO	SI	
Derivación Correcta del "código Ictus" a	Derivación correcta del código ictus según los criterios	Registro EPES	Cualitativo	NO	SI	

centro útil	establecidos por el grupo provincial del total de código ictus activados por El centro coordinador					
	Valor óptimo: Derivación correcta > ó = al 60% del total de ictus valorados por el centro coordinador					
Cumplir con los tiempos de latencia en los ictus atendidos candidatos a fibrinólisis y/o Trombectomía (Tiempos de latencia asistencial en puerta- aguja y puerta- ingle)	a) Tiempos de latencia asistencial en Puerta-aguja Óptimo o límite superior: > 50% en < 60 min b) Tiempos de latencia asistencial en Puerta-ingle Óptimo o límite superior: > 50% en < 90 min	Diraya (auditor ia HC)	Cualitativo	NO	SI	
Elaboración Protocolo de Enfermería de Atención al Ictus.	Elaboración de protocolo de atención al ictus con la con participación de Enfermera Gestora de Casos de hospitalización y Atención primaria, profesionales de	Coordi nación del PIO	Cualitativo	NO	SI	
	Urgencias, Unidad de Ictus, UCI y Planta de Neurología					

Anexo XXII: ICHOM Ictus/ Stroke

Inclusión de la Opinión del paciente, teniendo en cuenta:

1. Los resultados se definen en torno a la afección médica, no a la especialidad ni al procedimiento
2. Es un "conjunto mínimo" centrado en los resultados más importantes para los pacientes
3. Los pacientes participan directamente en su definición
3. Los resultados informados por el paciente se incluyen en uno para capturar la carga de síntomas, el estado funcional y la calidad de vida relacionada con la salud
4. Se incluye un "conjunto mínimo" de condiciones iniciales/factores de riesgo para facilitar comparaciones globales significativas
5. Los puntos de tiempo y las fuentes de recopilación de datos están claramente definidos para garantizar la comparabilidad de los resultados.

THE STANDARD SET

The ICHOM Standard Set for Stroke is the result of hard work by a group of leading physicians, measurement experts and patients. It is our recommendation of the outcomes that matter most to patients having a stroke. We urge all providers around the world to start measuring these outcomes to better understand how to improve the lives of their patients.

- 1 Includes mood and global cognitive function
- 2 Includes pain and fatigue
- 3 Includes mobility, feeding, ability to return to usual activities, and self care and grooming
- 4 Includes social participation and ability to communicate
- 5 Tracked via the PROMIS SF v1.1 Global Health, with additional single item questions for mobility, feeding, self care and grooming, and ability to communicate. The Simplified modified Rankin Scale questionnaire (smRSq) is recommended to be included.

IMPLEMENT WITH ICHOM



Anexo XXIII. Infografía del Hospital de Futuro (by Canva)



Anexo XIV: Análisis económico del Nuevo Modelo de Hospital

HOSPITAL TFM6											
ACTIVIDAD HOSPITALIZACIÓN	Actividad d 2018	Costes RRHH	Costes Fungibles	Total Costes	Actividad Implantación Línea Estratégica	Costes RRHH	Costes Fungibles Farmacia	Total Costes	Balance Actividad	Balance Econ	Hospitalización
Nº de camas	1.344				1.344				0		18 médicos, 70 enfermeras, 30 aux, 24 celadores
Ingresos desde admisión	48.791				46.351				-5%	0	
Estancias	376.350	3.694.000	3.780.000	7.474.000	300.020	3.694.000	3.780.000	7.474.000	-20%	0	0%
Estancia Media	7,77				6				-23%		
HOSPITAL DIA SUBAGUDOS Y CORTA ESTANCIA											
Nº Camas y sillones	0				20						HdD Corta Estancia y Subagudos: Geriatria, Reh lctus
Nº Altas	0				6.260				100%	612.000	100%
Nº Tratamientos	0				12.520				100%		2 médicos, 6 enfer, 4 aux Funciona 313d: 20 mañana y 20 tarde. MEDIA: 2 días tratamiento/paciente 313 días por 40 tratamientos /día
HOSPITAL DIA CRÓNICOS											
Nº Camas y sillones	0				70						HdD Crónicos: Oncología, Hematología Neumo, Neuro, Medicina Interna, Digestivo, Cardiología
Nº Altas	0				10.433				100%	1.119.000	100%
Nº Tratamientos	0				31.300				100%		5 médicos, 12 enfer, 7 aux Funciona 313d: 70 mañana y 30 tarde. MEDIA: 3 días tratamiento/paciente
Nº Consultas	0				21.910				100%		7 consultas diarias con 10 pac
ACTIVIDAD QUIRURGICA											
Intervenciones programadas	13.619				10.000				-27%		
Intervenciones Urgentes	9.904				8.000				-19%		
Intervenciones C.M.A.	14.406	4.280.000	7.300.000	11.580.000	21.292	380.000	630.000	1.010.000	48%	1.010.000	9%
Otras Intervenciones	9.844				9.844				0%		Diariamente se incrementan 22 intervenciones más (3 rodillas, 3 caderas, 6 hernias, 10 derma)
Intervenciones Totales	47.773				47.773	4.280.000	7.300.000	11.580.000	0%		
URGENCIAS											
Urgencias atendidas	360.944	2.248.000	370.000	2.618.000	350.944	2.248.000	370.000	2.618.000	-8%		20 médicos, 40 enf, 13 celadores
% Urgencias Ingresadas	7,95				6,3				-21%	0	0%
Tiempo Medio asist. Prev. Ingreso (min)	280,26				180				-36%		