



Universidad Internacional de La Rioja
Facultad de Ciencias de la Salud
Máster Universitario en Dirección y Gestión
Sanitaria

Trabajo Fin de Máster

Propuesta de gestión para la
integración de procesos
ambulatorios en un Servicio
de Neurología

Presentado por: Pedro A. Sánchez Ayaso

Asesorado por: Dr. José A. Ortigueira

Ciudad: Murcia

Fecha: 27 de enero de 2017

Índice

0. JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO.....	1
1. MARCO GENERAL Y CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA SANITARIO.....	2
1.1. Marco general del Sistema Sanitario.....	2
1.2. La especialidad de Neurología y las enfermedades neurológicas	3
1.2.1. Dimensión epidemiológica de las enfermedades neurológicas	3
1.3. El Área I de Salud del Servicio Murciano de Salud	5
2. ANÁLISIS ESTRATÉGICO	7
2.1. Análisis externo	7
2.1.1. Datos demográficos.....	7
2.1.2. Marco socioeconómico	8
2.1.3. Recursos sanitarios en el Área y cartera de servicios.....	9
2.1.4. Actividad asistencial del Centro en los últimos años.....	13
2.2. Análisis interno del Servicio de Neurología	15
2.2.1. Recursos humanos y cartera de servicios.....	15
2.2.2. Análisis de los datos de funcionamiento del Servicio de Neurología en los últimos años.....	17
2.2.3. Análisis DAFO/CAME del Servicio de Neurología	24
3. PLAN DE ACTUACIÓN DE UNA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE NEUROLOGÍA AMBULATORIA EN EL MARCO DE UN CENTRO DE ESPECIALIDADES	31
3.1. Misión, visión y valores	31
3.1.1. Misión.....	31
3.1.2. Visión	31
3.1.3. Valores	32
3.2. Líneas estratégicas y factores clave del éxito	32
3.2.1. Líneas estratégicas	32
3.2.2. Factores clave del éxito.....	32
3.3. Objetivos operativos, financieros y de sostenibilidad	33

3.3.1. Objetivos asistenciales operativos.....	33
3.3.2. Objetivos financieros y de sostenibilidad	34
3.4. Procesos estratégicos, operativos y de soporte	34
3.4.1. Procesos estratégicos	35
3.4.2. Procesos de soporte.....	35
3.4.3. Procesos operativos	36
3.5. Docencia y formación continuada	43
3.6. Actividad investigadora: ensayos clínicos y líneas de investigación.....	44
3.7. Monitorización del plan de gestión: cuadro de mando.....	44
3.7.1. Definición y descripción de los indicadores del cuadro de mando	45
4. BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES DE INFORMACIÓN UTILIZADAS.....	53
Anexo: distribución geográfica de las Zonas Básicas de Salud que conforman el Área I de Salud.....	56

0. JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO

El objetivo del presente documento es servir como Trabajo de Fin de Máster. En él se verán recogidos parte de los conocimientos adquiridos durante el Máster Universitario en Dirección y Gestión Sanitaria realizado en el curso 2016/2017 en la Universidad Internacional de La Rioja.

Partiendo del análisis de funcionamiento de un Servicio de Neurología de un Hospital de tercer nivel, se plantea un modelo de gestión de las consultas ambulatorias situadas en un Centro de Especialidades Periférico en el que, mediante la coordinación y la integración con Atención Primaria (AP), se facilite una mejor atención a determinados pacientes en el ámbito ambulatorio, al tiempo que se disminuye la dependencia del medio hospitalario.

La demanda de atención sanitaria en general, y de Atención Especializada (AE) en particular, sigue un camino ascendente que, a pesar del aumento de las plantillas y los recursos disponibles en nuestro medio, se hace insuficiente, generando listas de espera en los hospitales que, por sí mismas, suponen un deterioro debido a la demora en el diagnóstico y el tratamiento.

En Neurología se suman otra serie de características que le son propias. De especial importancia, asociado a la mayor esperanza de vida, es el aumento exponencial de enfermedades neurodegenerativas, especialmente demencias y trastornos del movimiento. Un problema añadido es la preocupación que suscita, en parte de la población, la presencia de síntomas leves que pudieran ser el inicio de dichas enfermedades.

De poco sirve proveer de una atención de alta calidad en cuanto a medios y tiempo a una parte de los pacientes, si se convive con una demora excesiva para la misma. Por otro lado, la asistencia hospitalaria conlleva un mayor coste y, en ese aspecto, puede ser menos eficiente en determinados procesos que puedan beneficiarse de programas integrados con AP. Planteo como útil la existencia de un “nivel intermedio” entre Atención Primaria y la atención especializada que proporciona el Hospital, que permita una adecuada selección de los pacientes que precisan de esta última, al tiempo que trabaja de forma integrada con AP, ofreciendo una respuesta rápida y facilitando una atención de calidad al paciente con enfermedades neurológicas en el medio ambulatorio extrahospitalario. Es en este lugar dónde quiero situar una Unidad de Neurología Ambulatoria de un Centro de Especialidades (UNACE).

1. MARCO GENERAL Y CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA SANITARIO

1.1. Marco general del Sistema Sanitario

El Sistema Sanitario español surge de la transformación de un sistema previo, basado en Seguros Sociales, en un Sistema Nacional de Salud (SNS), con vocación de tener una cobertura universal y partiendo del principio de que todo ciudadano tiene derecho al mejor tratamiento médico posible en las circunstancias presentes, con independencia de cuáles fueran sus recursos económicos.

La Constitución Española de 1978 (art. 43) [1], dentro de los principios rectores de la política social y económica, reconoce el derecho a la protección de la salud, superando al derecho a la atención sanitaria que se limitaba a la asistencia en caso de enfermedad o accidente. Compete a los poderes públicos la obligación de organizar y tutelar la salud general a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios requeridos para la atención sanitaria, teniendo en cuenta la promoción de la salud, la educación sanitaria, la prevención de las enfermedades, la rehabilitación funcional y la reinserción del paciente en la sociedad. Todo ello debe realizarse haciendo énfasis en los siguientes valores: se reconoce el derecho a la protección de la salud, encomendado a los poderes públicos, siendo imprescindible velar por la equidad en materia de salud y debiéndose garantizar la participación y la asunción de responsabilidad por parte de las instituciones políticas y de la sociedad civil.

La Ley General de Sanidad (LGS) 14/1986 [2] recoge estos conceptos y articula las Áreas de Salud como estructuras fundamentales del sistema sanitario que constituyen el marco de referencia desde el que se presta toda la asistencia, tanto Primaria como Especializada. La LGS define el Hospital como “el establecimiento encargado tanto del internamiento clínico como de la asistencia especializada y complementaria que requiera su zona de influencia” (art. 65.2) y determina que cada Área de Salud estará vinculada o dispondrá, al menos, de un Hospital General, con los servicios que aconseje la población a asistir, la estructura de ésta y los problemas de salud (art. 65.1). Con el desarrollo de la LGS, los Hospitales trascienden su función de ser el centro de la prestación de la Asistencia Especializada y se configura como parte integrante de una organización sanitaria y social encargada de promocionar la salud de la población, como ejemplo de trabajo en equipo y multidisciplinario, que debe incluir también entre sus actividades la investigación epidemiológica y biomédica, la docencia pre y post-grado y la integración con la AP. En algunos casos puede disponer de Centros de Especialidades Periféricas (CEP) para facilitar el acceso a

determinadas consultas externas de especialidades y pruebas de imagen o laboratorio. Estos Centros de Especialidades dependen jerárquica y funcionalmente del Hospital.

En los últimos años, con el RD 16/2012 [3] de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, se vuelve al concepto de asegurado y beneficiario del sistema público, lo que supone un punto de inflexión en la tendencia a la universalización de la asistencia sanitaria. Dado su carácter polémico y contrario a un sentir, posiblemente mayoritario, de asegurar el derecho a la salud de las personas, de forma independiente a sus circunstancias, su aplicación ha sido muy irregular y su impacto real se ha diluido, en parte, a lo largo del tiempo con la suavización de posturas y la búsqueda de formas alternativas de atención a los inicialmente excluidos del Sistema.

La puerta de entrada del paciente a la AE es la derivación desde AP o a través del Área de Urgencias del Hospital. Otras vías de acceso del paciente al Servicio de Neurología podrán ser mediante interconsultas de otras especialidades médicas o quirúrgicas de pacientes ingresados o ambulatorios. En el caso del Servicio que nos ocupa, que funciona como unidad de referencia regional en determinados procesos, se reciben también pacientes de otras Áreas Sanitarias, incluidos sus Unidades de Neurología.

1.2. La especialidad de Neurología y las enfermedades neurológicas

La Neurología es definida en la Guía de Formación de Especialistas del Ministerio de Sanidad [4] como la especialidad médica que estudia la estructura, función y desarrollo de los sistemas nervioso (central, periférico y autónomo) y muscular en estado normal y patológico, utilizando todas las técnicas de estudio, diagnóstico y tratamiento actualmente en uso o que pudieran desarrollarse en el futuro.

1.2.1. Dimensión epidemiológica de las enfermedades neurológicas

Con el objetivo de situar la dimensión de las patologías neurológicas más frecuentes o más características se hace una breve descripción de las más significativas [5] [6].

La cefalea crónica o recurrente es una patología muy frecuente en la población general y la principal causa de consulta en neurología ambulatoria. La prevalencia de la migraña se estima en España en torno al 12-13% (17-18% en el caso de las mujeres) y es muy posible que un 20-25% de los afectados nunca haya consultado. La cefalea tipo tensión es aún más frecuente y la cefalea en racimos afecta a unos 9/10⁵ habitantes.

A pesar del progresivo descenso de la mortalidad por enfermedad cerebrovascular, relacionada con el control de los factores de riesgo vascular y la mejora a la atención en la fase aguda del ictus, aún continúa siendo la primera causa de muerte entre las mujeres y la tercera entre los hombres. Los ingresos hospitalarios por ictus superan ampliamente los 100.000 pacientes por año en España y entre un 24 y un 53% quedará con una dependencia total o parcial, lo que supone más de un 13% del total de discapacitados mayores de 65 años en España. Dado que el riesgo de ictus aumenta con la edad de la población, es previsible un progresivo aumento de la magnitud del problema.

La esclerosis múltiple es la enfermedad neurológica crónica invalidante más frecuente en adultos jóvenes de Europa y Norteamérica. En España, la incidencia anual es de 3 a 5 casos por 10⁵ habitantes, con predominio en las mujeres (2:1). La prevalencia se ha duplicado en los últimos 15 años y supera los 80-100 casos por 10⁵ habitantes.

Las demencias son un problema creciente conforme aumenta la expectativa de vida de la población (la epidemia silente). La prevalencia crece de forma exponencial desde el 1% a los 60 años hasta superar el 30-35% en mayores de 80 años. La enfermedad de Alzheimer constituye la forma más frecuente de demencia en nuestro medio y es un problema sanitario de primer orden en los países desarrollados.

La epilepsia es una enfermedad neurológica crónica común. Su prevalencia se estima entre 4 y 10 pacientes por 1.000 habitantes de los que un 20-30% no consiguen un control satisfactorio, a pesar del tratamiento adecuado con las implicaciones laborales, económicas y para la autonomía personal que ello supone.

La enfermedad de Parkinson tiene una incidencia anual de 10-20/10⁵ habitantes y su prevalencia es del 2% en mayores de 65 años, aunque un 15% de casos se inician incluso antes de los 40 años y es una de las principales causas de discapacidad y dependencia.

Las enfermedades neuromusculares son consideradas “enfermedades raras” por su frecuencia de presentación, aunque con mucha menor prevalencia que las entidades citadas con anterioridad, en su conjunto suponen una importante carga de discapacidad y reducción de la calidad y la expectativa de vida para los afectados. Dentro de este grupo destacan la esclerosis lateral amiotrófica (prevalencia 6-10/10⁵ habitantes), la miastenia autoinmune (prevalencia superior a 20/10⁵ habitantes y aumentando en la población de mayor edad) y las distrofias musculares (prevalencia 7-12/10⁵ habitantes).

1.3. El Área I de Salud del Servicio Murciano de Salud

La Ley 4/1994, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia [7] configuró el Servicio Murciano de Salud (SMS), futuro receptor de las funciones y servicios que el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) prestaba en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, como un ente de Derecho Público, con personalidad jurídica y patrimonio propio y plena capacidad de obrar, pública y privada, para el cumplimiento de sus fines, que son la prestación de la asistencia sanitaria y la provisión de los servicios sanitarios públicos.

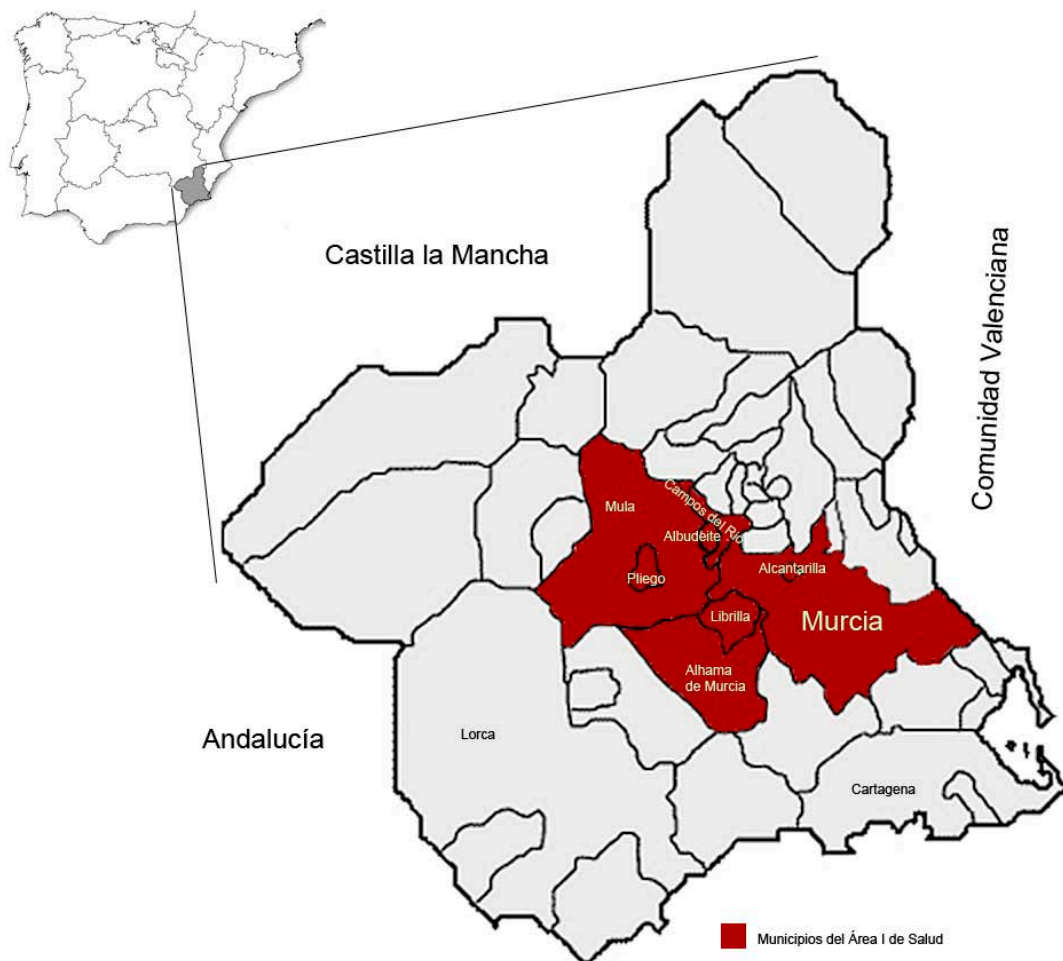
Con posterioridad, la Ley Orgánica 1/1998, de 15 de junio, de reforma de la Ley Orgánica 4/1982, de 9 de junio, del Estatuto de Autonomía para la Región de Murcia [8], atribuye a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia la gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, de acuerdo con lo previsto en el apartado 1 del artículo 149 de la Constitución Española.

Durante varios años coexisten en la Región de Murcia dos administraciones competentes en materia sanitaria: la Administración Central que gestiona los servicios sanitarios asistenciales a través del INSALUD y la Administración Autonómica que reúne las competencias sanitarias derivadas de la Diputación Provincial con las de Sanidad e Higiene recogidas en el Estatuto. Es con el Real Decreto 1474/2001, de 27 de diciembre, que da lugar al traspaso de las funciones y servicios del INSALUD [9], aceptadas mediante el Decreto 93/2001, de 28 de diciembre, de la Región de Murcia [10]. Dichos acuerdos serían efectivos en 2002, siendo desde entonces la Consejería de Sanidad y Consumo, Economía y Hacienda y el SMS los responsables de su aplicación y desarrollo.

El Decreto 27/1987, de 7 de mayo [11], delimita las Áreas de Salud de la Región de Murcia en seis áreas, posteriormente modificadas de acuerdo con la Orden 24 de abril de 2009 de la Consejería de Sanidad y Consumo [12]. A partir de ese momento, y hasta la fecha, se ordenan territorialmente los servicios de salud de la Región de

Murcia en base a dos tipos de demarcaciones territoriales: 9 Áreas de Salud y 89 Zonas Básicas de Salud (ZBS).

Con la delimitación del mapa sanitario, el Área I de Salud del SMS incluye catorce ZBS y el centro de especialidades “Dr. Quesada”, teniendo al Hospital Virgen de la Arrixaca como de referencia del Área, al tiempo que actúa también como Hospital de referencia Regional.¹



Cobertura del Área I en la Región de Murcia

¹ Mapa de situación geográfica del Área I. Fuente: Murcia salud.
http://www.murciasalud.es/caps.php?op=mostrar_area&id_area=1&idsec=408

2. ANÁLISIS ESTRATÉGICO

2.1. Análisis externo

2.1.1. Datos demográficos

La Región de Murcia tiene una población de 1.464.847 habitantes según la revisión del Padrón municipal a fecha 1 de enero de 2016 publicada por el Instituto Nacional de Estadística [13]. De ellos, 1.422.924 están, a fecha de octubre 2016, asignados a los distintos Centros de Salud del SMS.

El Área I de Salud del SMS abarca catorce ZBS que corresponden a la totalidad de los municipios de Albudeite, Alcantarilla, Alhama de Murcia, Campos del Río, Librilla, Mula, Pliego y algo más de la tercera parte de Murcia y sus pedanías. La distribución geográfica de dichas ZBS se describe en el Anexo I [14].

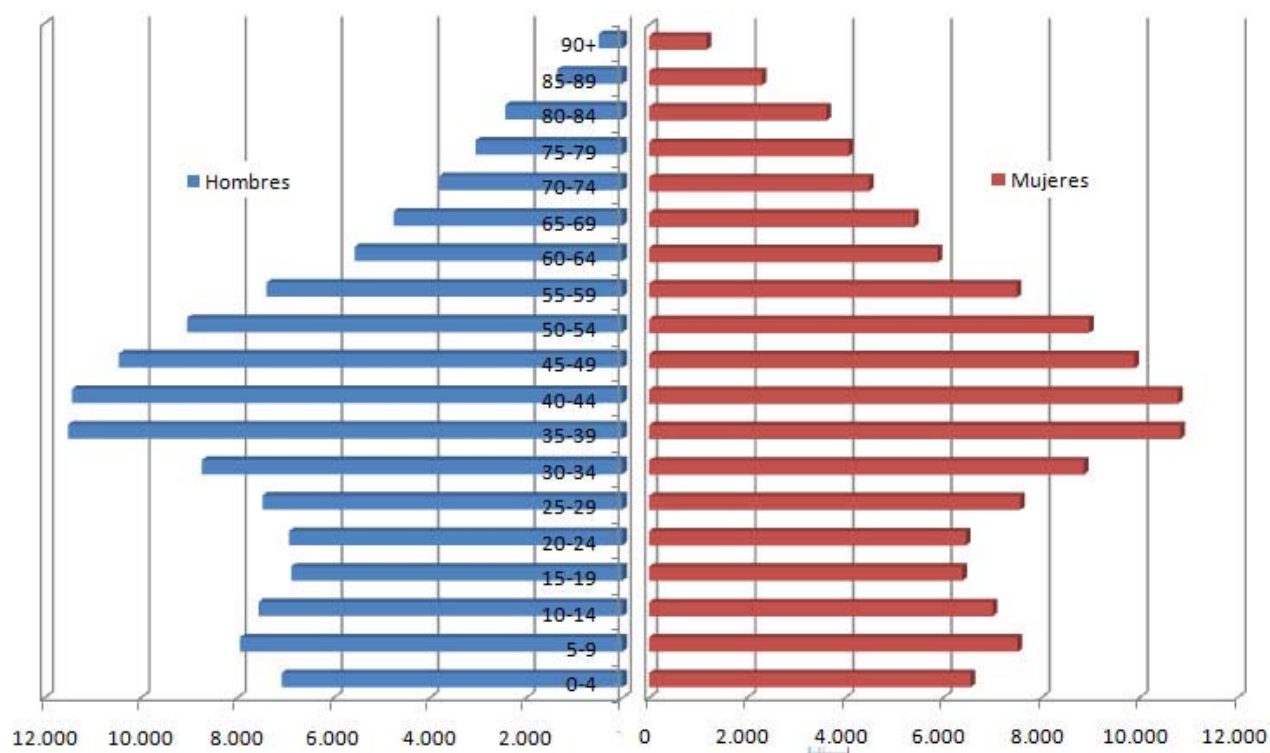
En base a los datos aportados por la Gerencia del Área I del SMS referidos a los pacientes asignados a las distintas ZBS en octubre de 2016, la población total atendida en el Área corresponde a 249.251 personas de las que 123.891 (49.7%) son hombres y 125.360 (50,3%) mujeres. La distribución en las distintas ZBS se muestra en la siguiente tabla:

Zona Básica de Salud	Población
Alcantarilla	17.090
Alcantarilla-Sangonera la seca	27.194
Alhama	25.866
Mula	23.639
Murcia-Espinardo	22.740
Murcia-San Andrés	27.802
Murcia-La Ñora	12.486
Murcia-Nonduermas	11.328
Murcia-La Alberca	17.984
Murcia-Algezares	11.234
Murcia-El Palmar	23.664
Murcia-Campo de Cartagena	10.686
Murcia-Sangonera la verde	10.939
Murcia-Aljucer	6.599
Total	249.251

A la hora de planificar la asistencia prevista en el Servicio de Neurología hay que tener en cuenta que se considera edad pediátrica en nuestra Comunidad Autónoma hasta los 13 años, por lo que la población diana efectos de hospitalización es de 208.323 personas. No obstante, hasta la actualidad, la población entre 11 y 13 años se considera “adulta” a efectos de derivación ambulatoria a consultas especializadas. Por ello, tendremos que considerar a efectos de la UNACE una población de 214.071 personas.

Es de señalar la presencia de 36.980 personas mayores de 65 años (14,8%), por lo que ello tiene de especial importancia en relación a la patología neurodegenerativa y cerebrovascular y, dentro de esta población, 11.399 personas (4,6%) tiene más de 80 años. Se prevé un progresivo envejecimiento de la población.

La distribución por edades se muestra en la siguiente pirámide poblacional².



2.1.2. Marco socioeconómico

La tasa de población activa en la Región de Murcia se sitúa a mediados de 2016 en el 60,1% (68,1% de los hombres y 52,1% de las mujeres). La principal ocupación es el

² Elaboración propia con los datos suministrados por la Unidad de Evaluación del Centro

sector servicios, seguido de la agricultura, la industria y la construcción. La tasa de paro en el último trimestre de 2016 se sitúa en el 19,8% destacando el paro juvenil (44,2% de los menores de 25 años) [15].

El principal sector económico de la ciudad de Murcia es el sector servicios (administrativo, financiero y cultural). La actividad industrial se concentra en polígonos industriales entre los que destaca el polígono Oeste (el mayor de la Región de Murcia), que se sitúa entre los municipios de Murcia y Alcantarilla, y dónde predomina la industria alimentaria (conservera, cervecera, zumos) y la fábrica de Industrias Cárnicas El Pozo en Alhama de Murcia. Hay también participación del sector químico (Santa Bárbara Sistemas), fabricación de muebles, materiales de construcción, textil y destilación. El sector agrícola es particularmente importante en la zona del Campo de Cartagena con una agricultura extensiva de regadíos dependiente del trasvase Tajo-Segura y muy enfocado a la exportación, lo que genera un importante sector del transporte. En los municipios de Librilla, Mula y Pliego predomina la agricultura (cítricos y otros frutales) y la ganadería, compuesta principalmente por pequeños agricultores y empresarios.

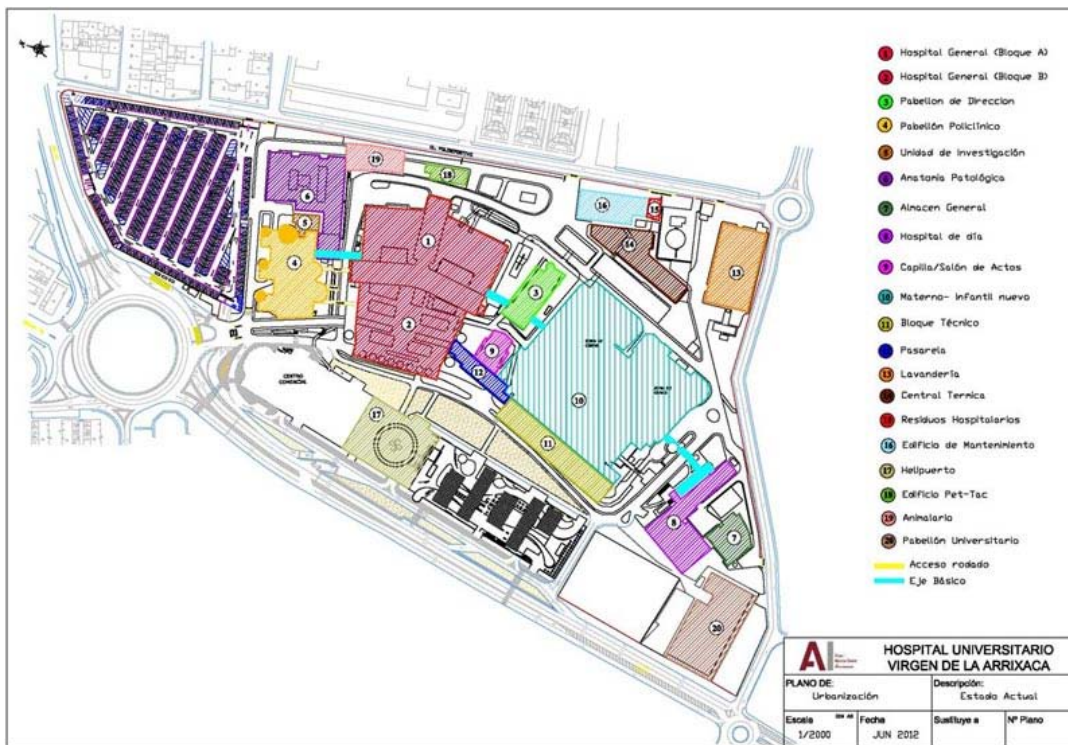
2.1.3. Recursos sanitarios en el Área y cartera de servicios

El Área Sanitaria cuenta con los siguientes Recursos Sanitarios [14]:

- Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA)
- 14 Centros de Salud
- 32 Consultorios de AP
- Centro de Especialidades Dr. Quesada

El HCUVA está situado en la pedanía de El Palmar y tiene conexión mediante transporte público por autobús desde el centro de Murcia. Se distribuye en varios edificios unidos entre sí y entre los que, desde el punto de vista puramente asistencial, citaremos el edificio del Pabellón Policlínico, el Hospital General, el Hospital Materno-Infantil y el Hospital de día [16].

A nivel humano lo componen un total de 4.125 personas: 16 directivos, 621 facultativos, 2.455 personal sanitario no facultativo (entre ellos 1.132 ATS/DUE, 135 técnicos de distintos Servicios Centrales y 1.027 auxiliares de enfermería) y 1.033 personal no sanitario (de los cuales 369 en el área administrativa y 373 celadores).



Plano del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca³

Los servicios que se ofertan en el HCUVA son los propios de un Hospital General Universitario a los que se añaden algunos Servicios de referencia tanto dentro de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia como para otras CC.AA. limítrofes, manteniendo acuerdos con otras Áreas de Salud para aquellas especialidades de las que carecen en sus respectivas carteras de servicio.

Servicios Médicos: Alergia, Cardiología, Cuidados Paliativos, Digestivo, Endocrinología y Nutrición, Geriátrica, Medicina Intensiva, Medicina Interna, Medicina Tropical, Medicina Interna – Infecciosas, Nefrología, Neumología, Neurología, Oncología, Pediatría, Psiquiatría, Reumatología y Unidad de Demencias.

Servicios Quirúrgicos: Anestesiología y Reanimación, Cirugía Cardiovascular, Cirugía General y Digestiva, Cirugía Maxilofacial, Cirugía Pediátrica, Cirugía Plástica y Quemados, Cirugía Torácica, Dermatología, Ginecología y Obstetricia, Neurocirugía, Oftalmología, Otorrinolaringología, Traumatología, Unidad de Mama y Urología.

Servicios Centrales: Análisis Clínicos, Anatomía Patológica, Banco de Sangre, Bioquímica y Genética Clínica, Farmacia, Hematología, Inmunología, Medicina

³ Fuente: Murciasalud. <http://www.murciasalud.es/pagina.php?id=4035&idsec=913>

Nuclear, Microbiología, Neurofisiología, Oncología Radioterápica, Radiodiagnóstico, Radiofarmacia, Rehabilitación y Medicina Física y Urgencias.

A nivel de instalaciones y equipos de alta tecnología, el Hospital cuenta con:

- 863 camas de hospitalización: 266 de especialidades médicas, 305 quirúrgicas, 80 de pediatría, 54 de neonatología, 100 de obstetricia y 58 de cuidados intensivos
- 27 quirófanos en el hospital
- 3 paritorios
- 123 locales de consultas externas: 106 en hospital y 17 en CEP
- 33 puestos de hemodiálisis y
- 38 puestos en el Hospital de día
- 2 Gamma-cámaras
- 3 Aceleradores lineales de partículas
- 3 Equipos de angiografía por sustracción digital y 1 equipo de Neurorradiología vascular intervencionista
- 2 Salas de hemodinámica
- 1 Resonancia Magnética
- 1 PET-TAC
- 3 TAC

Respecto de los servicios que son referencia para otras Áreas de Salud, de especial interés en cuanto a sus interacciones con el Servicio de Neurología, hay que tener en cuenta que es el centro de referencia regional para Neurocirugía, Cirugía Cardiovascular, Neurorradiología vascular intervencionista, realización de trasplantes y seguimiento dichos pacientes. También es referencia para los Cuidados Intensivos y Unidad Coronaria de los pacientes de las Áreas de Salud IV y V.

El Centro de Especialidades Dr. Quesada está situado en el barrio de San Andrés, muy bien comunicado, junto a la estación de autobuses de la ciudad, el Centro de Salud Murcia/San Andrés y el Centro de Salud Mental. El edificio cuenta con 17 consultas, servicio de radiología convencional y ecografía. Se presta atención ambulatoria de la mayoría de las especialidades médicas y varias de las especialidades quirúrgicas incluidas en la cartera de servicios del Hospital.

Establecimientos sociosanitarios

Dependiente del Instituto Murciano de Acción Social (IMAS), en la zona de influencia del Área I de Salud se cuenta con centros propios para personas con discapacidad

como los de Churra, El Palmar y el “Dr. Julio López Ambit” y la Residencia para enfermos mentales crónicos “Luis Valenciano” y los centros concertados de ASTRAPACE, AFES-Murcia y ADAMUR [17].

Conciertos con centros sanitarios privados

Los servicios públicos competencia de las distintas Administraciones públicas pueden ser gestionados de forma directa o indirecta, atendiendo a la Ley de Contratos del sector público. Dentro de esta modalidad de gestión indirecta se enmarca el concierto que el SMS realiza con entidades privadas del ámbito sanitario, basándose en criterios de objetividad, eficiencia y publicidad, con el objetivo de cubrir la insuficiencia de los recursos públicos disponibles para garantizar el acceso de una sanidad de calidad a todos los usuarios y en un plazo adecuado.

Según datos de la Oficina de la Transparencia y la Participación Ciudadana de la Región de Murcia [18], los conciertos sanitarios suponen algo menos de un 8% del total del presupuesto del SMS, siendo las mayores partidas destinadas a hospitalización y procedimientos quirúrgicos, transporte sanitario y diálisis, seguidos de la realización de pruebas diagnósticas y terapias respiratorias domiciliarias. Es minoritario en rehabilitación y logopedia, urgencias, consultas ambulatorias, reproducción asistida, radioterapia y cámara hiperbárica.

Entre los Centros concertados se encuentran el Hospital Quirón Murcia, el Hospital de Molina, la Clínica Viamed-San José y el Hospital Mesa del Castillo dónde, en distinta proporción, se derivan fundamentalmente listas de espera quirúrgica, hospitalización de media y larga estancia, diagnóstico por imagen (TAC, RM, ecografía, mamografía y densitometría ósea) y otros estudios diagnósticos. Otros Centros concertados en exclusividad para el diagnóstico por imagen son Resonancia Magnética del Sureste, Resonancia Magnética Juan Carlos I y Scanner Murcia.

Asociaciones de pacientes

Las asociaciones de pacientes se relacionan con el Servicio de Neurología principalmente a través de los profesionales que atienden las consultas monográficas de las patologías en cuestión. Así es el caso de la Asociación Murciana de Esclerosis Múltiple (AMDEM-Murcia) que posee un Centro Social Asistencial cedido por el Ayuntamiento de Murcia, la Asociación On-Off Parkinson de la Región de Murcia, la Asociación de Familiares de Alzheimer de Murcia (AFAMUR), que dispone de dos centros de día diferenciados según fases de la enfermedad o la Asociación de Daño Cerebral Adquirido de Murcia (DACEMUR).

2.1.4. Actividad asistencial del Centro en los últimos años

La actividad general del Hospital se muestra en las siguientes tablas⁴:

Total Hospital	2013	2014	2015	2016 (**)
Ingresos	36.480	36.928	38.212	38.048
Estancia media	6,16	6,04	6,05	5,93
Presión Urgencias	69%	69%	71%	71%

Área Médica	2013	2014	2015	2016 (**)
Ingresos	16.317	16.597	17.970	17.609
Estancia media	6,82	6,75	6,75	6,57
Presión Urgencias	76%	76%	78%	80%

El número de los ingresos totales y los propios del área médica muestran un aumento progresivo en los años previos, con estabilización en el último año, mientras la estancia media se mantiene estable, con ligera disminución progresiva.

Urgencias	2013	2014	2015	2016 (**)
Hospital General	105.034	108.375	113.534	118.229
Hospital Maternal	32.791	32.276	32.537	33.949
Hospital Infantil	51.392	52.548	56.359	54.095
Total	189.217	193.199	202.430	206.273

La atención en Urgencias aumenta todos los años de forma general y especialmente en el área de Urgencias Generales dónde el incremento supera el 4% anual en este periodo de tiempo.

Cirugías	2013	2014	2015	2016 (**)
Programadas Hospital	7.222	7.458	7.169	7.587
Programadas CMA	3.142	3.193	3.198	2.927
Urgentes Hospital	4.878	4.738	4.982	4.862
Urgentes CMA	15	13	10	14
Totales	15.257	15.402	15.359	15.390

El Hospital mantiene una actividad quirúrgica estable con predominio de la cirugía realizada en el ámbito de la hospitalización en relación con su nivel de complejidad y al

⁴ Elaboración propia con datos suministrados por la Unidad de Evaluación del Centro. 2016 (**) proyección hasta fin de año de los datos contabilizados hasta noviembre.

tratarse de un Centro de referencia para patologías complejas, externalizándose parte de la cirugía mayor ambulatoria (CMA).

Consultas externas	2013	2014	2015	2016 (**)
Primeras	198.003	191.243	190.179	188.129
Sucesivas	432.835	422.278	422.280	427.131
Totales	630.838	613.521	612.459	615.260
Rel. Sucesivas/primeras	2,19	2,21	2,22	2,27

La actividad ambulatoria especializada se mantiene estable con ligera disminución de las primeras consultas y aumento de las revisiones.

Globalmente asistimos a un aumento progresivo de la hospitalización y de la atención urgente, con un mantenimiento de la actividad quirúrgica y de la ambulatoria. Esta tendencia nos debe llevar a plantear una modificación del enfoque asistencial hacia un modelo más proactivo y centrado en la cronicidad, con un manejo mejor y más eficiente de las situaciones a nivel ambulatorio.

2.2. Análisis interno del Servicio de Neurología

2.2.1. Recursos humanos y cartera de servicios

En la actualidad el Servicio de Neurología lo componen:

- Un **Jefe de Servicio**, libre designación por parte de la Dirección del centro, con carácter provisional, desde la jubilación del anterior Jefe de Servicio. En la actualidad ocupado por uno de los Facultativos Especialistas de Área (FEA)
- Una plaza de Jefe de Sección, vacante desde la jubilación en 2014 del anterior propietario de dicha plaza
- 9 FEA de neurología con plaza en propiedad (estatutario fijo)
- 6 FEA de neurología estatutario temporal
 - 2 con carácter de interinidad sobre plazas vacantes
 - 1 con carácter eventual
 - 3 con carácter de sustitución (de FEA en comisión de servicio)
- 1 Neuropsicólogo con carácter eventual
- 1 Psicólogo con carácter eventual
- 1 Neurólogo con becas FISS
- 8 Médicos Residentes de Neurología (dos por año)
- 1 Supervisora del planta de enfermería
- 17 enfermeras y 15 auxiliares de enfermería asignados a la planta de hospitalización que se distribuyen en tres turnos diarios con dos enfermeras y dos auxiliares para la hospitalización general, excepto las mañanas de días laborales que son tres, y una enfermera y un auxiliar en Unidad de ictus
- Una enfermera en el área de monitorización vídeo-EEG prolongada
- Una enfermera y una auxiliar de enfermería asignadas a la Unidad de día, dentro de la Unidad de Esclerosis Múltiple
- Un celador por turno asignado a la planta de hospitalización, incluida la Unidad de Ictus. Los celadores en el área de consultas externas son compartidos con otras consultas
- 6 auxiliares de enfermería asignadas a las consultas externas, dos de ellas en las consultas del Centro de especialidades
- 1 Secretaria del Servicio

A nivel funcional podemos diferenciar:

- El área de hospitalización, situada en el ala izquierda de la cuarta planta del edificio del Hospital General, dispone de:
 - 24 camas de hospitalización de neurología general
 - Cuatro camas con monitorización 24h al día en la Unidad de Ictus. En circunstancias excepcionales se puede disponer de una quinta cama
 - Una habitación para monitorización vídeo-EEG 24h
 - Unidad de diagnóstico neurosonológico

- Guardia de neurología de presencia física 24h al día todos los días del año, atendida por un FEA y un Médico Residente de la especialidad o de las especialidades médicas rotantes por el servicio. Se encarga de la atención continuada de los pacientes ingresados, las interconsultas urgentes de otras áreas de hospitalización y del Servicio de Urgencias y del Código Ictus (referencia regional)
- El área de consultas externas con:
 - 4-5 consultas diarias (23 a la semana) en horario de mañana y 6 consultas al mes en horario de tarde en el edificio del Policlínico. Se incluyen las consultas de neurología general, las monográficas según áreas específicas de conocimiento y la de neuropsicología
 - 2 consultas de neurología general diarias en horario de mañana (10 a la semana) en el Centro de Especialidades
 - 1-2 consultas diarias (7 consultas semanales) de facultativos y 1 consulta de enfermería en el edificio del Hospital de día donde se ubican las consultas monográficas de Esclerosis Múltiple, en íntima relación con la Unidad de día
- La Unidad de día, localizada en el edificio del Hospital de día, para tratamiento de pacientes ambulatorios que requieren de su administración y vigilancia en medio hospitalario, así como pruebas diagnósticas que lo precisan, como la punción lumbar para estudio del LCR y, muy recientemente, la biopsia de músculo estriado

Respecto de las áreas de conocimiento específico, dentro del Servicio están consolidadas:

- Unidad de Ictus y neurovascular: cinco FEA, uno de los cuales está funcionalmente integrado con el equipo de Neurorradiología intervencionista, sirviendo de enlace entre ambas Unidades y otro encargado de los estudios neurosonológicos. La Unidad de Ictus está acreditada siguiendo los criterios del Programa de Acreditación de la Sociedad Española de Neurología
- Unidad de Esclerosis Múltiple: dos FEA y un neurólogo becario FISS. Cuenta también con una consulta de enfermería específica. Unidad designada CSUR por el Sistema Nacional de Salud
- Unidad de Parkinson y Trastornos del movimiento: un FEA y una Psicóloga. Referencia regional en lo relativo a la cirugía funcional de Parkinson y distonía
- Unidad de Neuropsicología y daño cerebral adquirido: un Neuropsicólogo
- Unidad de Epilepsia y monitorización intensiva vídeo-EEG: un FEA y una enfermera con capacitación específica para la realización de los estudios
- Dos FEA del Servicio están adscritos a la Unidad de Demencias, la cual tiene en la actualidad una organización autónoma respecto del Servicio de Neurología y carácter de Unidad de referencia regional⁵
- Están diferenciadas dos consultas para el tratamiento con toxina botulínica

⁵ Debido a su organización y funcionamiento independiente, no se hace referencia al resto de sus recursos materiales y de personal en la presente memoria.

La estructura actual es sencilla: el Jefe de Servicio es el enlace directo y responde ante la Dirección Asistencial y coordina las actividades del resto de los facultativos. En caso de ausencia del mismo, asume sus funciones el FEA de mayor antigüedad salvo designación expresa de un sustituto por parte del Jefe de Servicio. Sería deseable una estructura mejor definida con al menos dos Jefaturas de Sección y una mayor estabilidad mediante la disminución del número de eventuales.

2.2.2. Análisis de los datos de funcionamiento del Servicio de Neurología en los últimos años

La actividad asistencial del Servicio de Neurología se realiza principalmente en el Hospital General, el Hospital de día, el Policlínico y el Centro de Especialidades. Se atienden interconsultas de todos los Servicios hospitalarios, incluidos los ubicados en el Hospital Materno-Infantil.

Hospitalización

Se muestran a continuación los datos resumen de la hospitalización en el Servicio de Neurología en los cuatro últimos años⁶:

	2013	2014	2015	2016 (*)	2016 (**)
Ingresos	1.520	1.447	1.417	1.123	1.348
Estancias	8.364	7.543	7.307	5.921	7.105
Estancia media	5,50	5,21	5,16	5,27	
Índice de ocupación	87,4%	82,1%	79,7%	79,6%	

El número de ingresos muestra una tendencia ligeramente decreciente (descenso interanual entre 2-4,8%), manteniéndose una estancia media estable y un índice de ocupación alto (el número de camas disponible ha variado ligeramente en este periodo). La presión de urgencias en los ingresos ha ido aumentando ligeramente, situándose en la actualidad por encima del 65%. Comparativamente al resto del Hospital representa un 3,5-4% de los ingresos totales y un 7,7-9,3% de los realizados en el Área Médica. La menor proporción de ingresos desde urgencias se explica por la existencia de guardias propias de la especialidad que supervisa y es la responsable de todos los ingresos urgentes, propiciando el manejo ambulatorio de muchos pacientes que, de otro modo, hubieran sido ingresados desde el Servicio de Urgencias.

⁶ Tablas y gráficos de actividad del Servicio son de elaboración propia con los datos suministrados por la Unidad de Evaluación del Centro. 2016 (*) hace referencia a datos hasta 31 de octubre y (**) la proyección hasta fin de año según tendencias previas.

Hay que destacar la estancia media, particularmente baja de forma mantenida en los últimos años, pero no siempre ha sido así. En los años 2009 y 2010 se situaba en el entorno de 7 días. Este descenso se debe en parte al esfuerzo de todo el personal y, por otro lado, al funcionamiento de la Unidad de Ictus y al peso relativo de los procedimientos de diagnóstico y tratamiento relacionados con el intervencionismo vascular cerebral. Comparativamente, nuestra estancia media se sitúa casi dos días por debajo de la media de las Unidades de Neurología de la Región.

Tras el análisis de los ingresos hospitalarios por grupos relacionados por el diagnóstico (GRD), se muestran los más frecuentes de nuestro Servicio en los tres años precedentes⁷:

GRD	Descripción / % respecto de ingresos totales	2013	2014	2015
14	Ictus con infarto	15,7%	15,4%	16,1%
466	Cuidados posteriores sin historia de neo. maligna como diag. secundario	7,8%	8,9%	7,4%
890	Convulsión edad > 17 sin CC	7,4%	7,3%	5,5%
35	Otros trastornos del sistema nervioso sin CC	6,5%	5,7%	5,2%
832	Isquemia transitoria	5,8%	5,8%	5,4%
810	Hemorragia intracraneal	4,5%	4,4%	6,5%

El índice de estancia media ajustada (IEMA) global y en los GRD más frecuentes muestra un funcionamiento más eficiente de forma progresiva, especialmente significativo en los procedimientos relacionados con la Unidad de ictus:

GRD	Descripción / IEMA	2013	2014	2015
	Total de ingresos	0,941	0,878	0,799
14	Ictus con infarto	0,951	0,854	0,755
466	Cuidados posteriores sin historia de neo. maligna como diag. secundario	0,947	0,935	0,908
890	Convulsión edad > 17 sin CC	0,909	0,967	0,788
35	Otros trastornos del sistema nervioso sin CC	0,856	0,709	0,770
832	Isquemia transitoria	1,237	0,997	0,790
810	Hemorragia intracraneal	0,869	0,831	0,655

⁷ Elaboración propia con datos del CMBD del Centro suministrados por la Unidad de Codificación. La codificación de los episodios de 2016 está limitada, en el momento de realización de este trabajo, en el primer trimestre del año, motivo por el que no se muestra. Aplicación de los criterios del Ministerio de Sanidad de 2014 basados en la clasificación CIE-9.

Los IEMA más elevados se observan en GRD menos frecuentes como son la cefalea en mayores de 17 años (GRD 891) que representa un 1,5-2% de los ingresos, las patologías en el ámbito de la neuro-oftamología (GRD 45, 46 y 47) que en su conjunto suponen un 1,3-2,2% de los ingresos y la esclerosis múltiple y ataxias cerebelosas (GRD 13), si bien esto último se debe a que el número de ingresos es muy bajo y se corresponden a casos muy complejos o para tratamientos de mayor riesgo.

El índice de mortalidad de los pacientes ingresados en el Servicio se mantiene en niveles bajos, por debajo del 3%. (2-3%). Ha disminuido la mortalidad de los GRD más frecuentes, inclusive del que representa la mayor mortalidad (hemorragia intracraneal) pero con aumento en patologías menos frecuentes, como las convulsiones (GRD 889):

GRD	Descripción / mortalidad	2013	2014	2015
	Total de ingresos	2,6%	2,9%	2,9%
14	Ictus con infarto	3,1%	3,3%	2,3%
35	Otros trastornos del sistema nervioso sin CC	0,0%	0,0%	1,4%
832	Isquemia transitoria	1,2%	0,0%	0,0%
810	Hemorragia intracraneal	18,8%	16,7%	13,6%

La demanda de interconsultas en pacientes ingresados a cargo de otras Unidades, en general, ha variado poco:

	2013	2014	2015	2016 (*)	2016 (**)
Interconsultas ingresados	452	456	484	336	403

La guardia de presencia física de neurología se ocupa no sólo de los pacientes ingresados y el código ictus, si no que está disponible a la llamada del Servicio de Urgencias del Hospital. Atiende a un importante número de pacientes de los que sólo una parte requiere tratamiento hospitalario urgente o ingreso. Carecemos en la actualidad de un registro adecuado de la cuantía de esta actividad y sería deseable su implantación, mediante la generación de interconsultas electrónicas o cualquier otro método consensuado con el Servicio de Urgencias y la Dirección, de forma que permita cuantificar y monitorizar esta actividad para una mejor planificación.

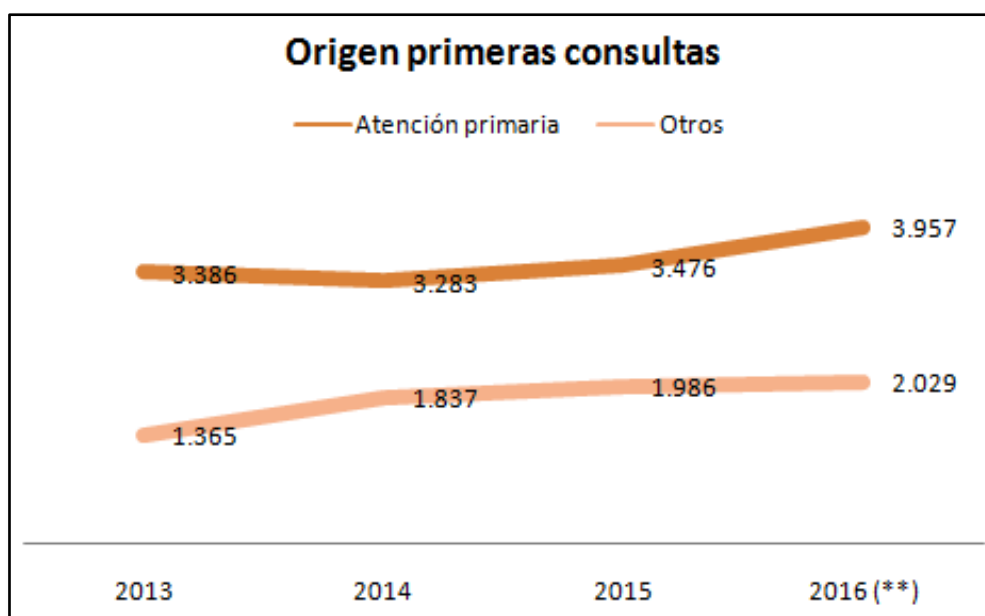
Actividad ambulatoria

La siguiente tabla muestra un resumen de la actividad realizada en el ámbito de consultas externas por el Servicio de Neurología:

	2013	2014	2015	2016 (*)	2016 (**)
Total consultas	20.270	23.409	24.206	21.616	25.291
Primeras consultas	4.751	5.120	5.462	5.116	5.986
Consultas sucesivas	15.519	18.289	18.744	16.500	19.305
Rel. sucesivas/primeras	3,27	3,57	3,43	3,23	

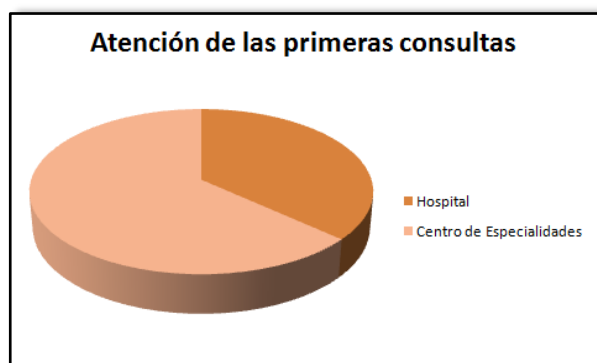
Se ha producido un incremento progresivo de la actividad de consultas externas, en torno al 25% para este periodo de tiempo (aproximadamente 8% anual de media), el cual se continúa con lo que venía siendo habitual en los años previos. Se aprecia un incremento mayor del número de consultas sucesivas entre 2013 y 2015 y un descenso de las mismas, acompañado de un significativo aumento de las primeras consultas en el último año. La actividad de consulta ambulatoria del Servicio de Neurología supone en la actualidad un 4,1% del total de la atención especializada del Área de Salud con predominio de las revisiones (4,5%) sobre las primeras consultas (3,2%). Ha aumentado de forma progresiva desde el 3,2% que suponía en 2013, especialmente en lo relativo a las primeras visitas (algo más de un 10% de media anual).

El origen de las primeras consultas ha variado en estos años: inicialmente se asiste a un aumento significativo de las interconsultas desde otras especialidades y las derivaciones internas a consultas monográficas (áreas específicas dentro de la neurología), pero en el último año vuelve a aumentar la demanda originada en AP.

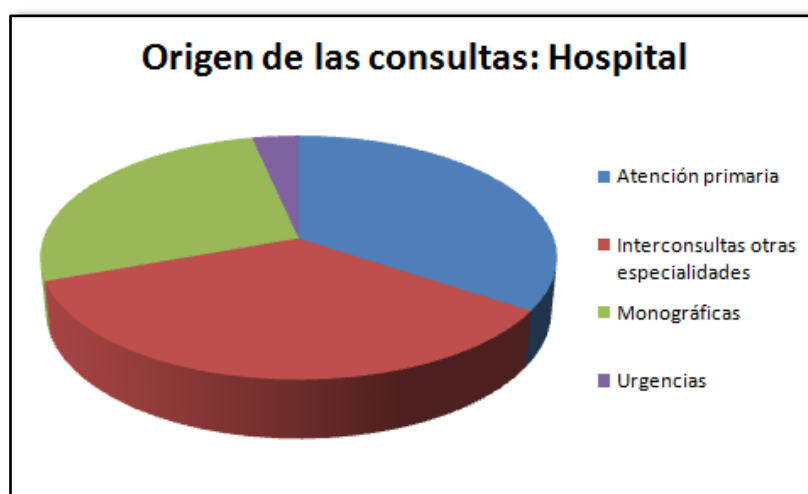


La tasa de primeras consultas actual es elevada, casi 28 ‰ habitantes / año, frente a las cifras estándares que se sitúan entre 9 y 20 ‰ habitantes / año. Las derivaciones desde AP representan 18,5 ‰ habitantes / año.

La distribución de las consultas está bien diferenciada, como es lógico, en el Centro de Especialidades respecto de las realizadas en el Policlínico del Hospital. El Centro de Especialidades atiende un 63% del total de las primeras consultas del Servicio. Un 93% proviene de AP y un 7% de interconsultas de otras especialidades.



En el Hospital se atiende un 37% de las primeras consultas, con ligero predominio de las interconsultas de otras especialidades (18% del peso de las primeras consultas totales en el Servicio y 35% en el Hospital) sobre las derivadas de AP. Las consultas monográficas, a las que se accede por derivación desde una consulta de neurología “general” o tras ingreso hospitalario en el Servicio, adquiere cada vez mayor peso, suponiendo en la actualidad algo más del 25% de las primeras consultas atendidas en el Hospital.



El número y la proporción de pacientes derivados desde AP que son atendidos directamente en las consultas del Policlínico del Hospital se ha visto incrementada en los últimos años con la incorporación de dos consultas de tarde semanales y una consulta diaria durante el mes de agosto, mes en el que interrumpe su actividad el Centro de Especialidades.

Derivaciones de AP	2013	2014	2015	2016 (*)
Policlínico del Hospital	9%	12%	16%	19%
Centro de Especialidades	91%	88%	84%	81%

La proporción de consultas sucesivas es, lógicamente, mucho mayor en las consultas del Hospital que en las consultas del Centro de Especialidades, siendo máxima en las consultas monográficas dónde la proporción supera 9:1.

Rel. Sucesiva/primeras	2013	2014	2015	2016(*)
Policlínico del Hospital	8,05	7,26	6,60	6,07
Centro de Especialidades	1,18	1,16	1,22	1,16

Dentro de la actividad ambulatoria hay que contabilizar también los tratamientos inmunomoduladores y con toxina botulínica y los estudios diagnósticos (punción lumbar para estudio de líquido cefalorraquídeo) que se realizan en el Hospital de día.

Respecto a los datos de demora estructural para las primeras consultas se mantiene, con altibajos, relativamente estable dentro de un margen amplio. Hay que recordar que el Decreto nº 25/2006, de 31 de marzo [19], garantiza un tiempo máximo de 50 días naturales para de acceso a las primeras consultas de AE y que el máximo recomendado por las sociedades científicas suele ser de 30 días.

Primeras consultas	dic'13	dic'14	dic'15	oct'16
Pacientes en espera estructural	359	600	569	472
Espera <30 días	171	67	56	186
Espera 31-50 días	29	269	206	7
Espera > 50 días	159	264	307	279
Espera media estructural	21,6	29,2	36,6	29,8
Demora prospectiva	21,7	36,7	32,4	26,5

Un análisis más detallado de los datos muestra una demora para pacientes derivados de AP al Centro de Especialidades menor de 30 días durante prácticamente todo el año, siendo mayor la demora de pacientes para consultas monográficas o

interconsultas de otras especialidades y, en general, los atendidos en el Hospital. Otro dato a tener en cuenta para la planificación de las consultas es que, de media, casi un 20% de los pacientes citados desde AP no acude a la primera cita proporcionada.

Consultas del Centro de Especialidades: demoras, altas y patologías más frecuentes

Ante la ausencia de registros de diagnósticos en la atención ambulatoria, he tomado como muestra, para la realización de la presente memoria, la relación completa de los pacientes atendidos en una de las dos consultas del Centro de Especialidades durante todo el mes de noviembre del presente año.

La demora media estructural fue ligeramente inferior a 18 días y la máxima fue de 35 días, con un solo paciente por encima de los 30 días. Un 36% de las primeras consultas se resolvieron en una única consulta. De los pacientes atendidos en la segunda consulta para resultados complementarios o respuesta terapéutica, casi $\frac{2}{3}$ fueron dados de alta: la mayoría a AP y una minoría a consultas monográficas de neurología.

Los motivos de derivación son muy variados. La causa más frecuente es la cefalea (más de un tercio de las primeras consultas), seguido de las alteraciones de la memoria (más de un 12%), vértigos y mareos, síncope y otras pérdidas de conciencia, temblor y parkinsonismo, alteraciones del sueño y la conducta, hallazgos en estudios complementarios (EEG y RM de neuroeje), reevaluación de epilepsia y síntomas relacionados con el sistema nervioso periférico.

En cuanto a los pacientes en revisión (más de dos citas para el mismo proceso), el principal motivo sigue siendo la cefalea crónica y recurrente (24%), seguido de las demencias y el deterioro cognitivo leve (conjuntamente un 21%), los parkinsonismos y temblores (18%) y la epilepsia y convulsiones (10%).

Docencia e investigación

La actividad asistencial se integra y ve complementada con actividades docentes, de formación continuada e investigación.

Se imparte docencia a los estudiantes de pre-grado. Dos FEA del Servicio son profesores asociados de la Facultad de Medicina de la Universidad de Murcia y participan impartiendo las clases teóricas de dicha asignatura. Las prácticas hospitalarias que corresponden a dicho curso se realizan, en parte, en el Hospital.

La Unidad está acreditada para la docencia en el programa MIR y se han formado dos residentes de Neurología por año desde 1992 hasta la fecha con una única excepción en este tiempo. Se establecen las oportunas rotaciones de otras especialidades entre las que se incluyen Medicina Interna, Medicina de Familia y Comunitaria, Neurocirugía, Neurofisiología, Cuidados Intensivos y Cardiología. Igualmente, se incorporan a nuestras guardias de neurología los residentes Neurología de segundo a cuarto año del Hospital General Universitario Reina Sofía, que carece de guardias específicas.

La Formación continuada de los profesionales se realiza dentro del Servicio mediante un calendario de sesiones clínicas que incluyen dos sesiones semanales propias y la participación en las sesiones generales del Hospital y las del “Neuroclub”, en las que se dan cita todos los profesionales relacionados con las Neurociencias del Centro Hospitalario, ambas con periodicidad semanal.

Respecto de la investigación clínica, se participa en ensayos clínicos (fase II o III) promovidos por la industria farmacéutica, principalmente en el área de la esclerosis múltiple y el ictus. Igualmente se realiza investigación clínica propia, derivada de la actividad asistencial cotidiana, con una línea de especial interés en la optimización del manejo y tratamiento del ictus en la fase aguda. Esta actividad tiene sus frutos en una mejora continua del proceso asistencial y es comunicada en las reuniones científicas apropiadas, al tiempo que sirve de base para publicaciones en medios especializados y la realización de Tesis Doctorales. Es de señalar que un trabajo sobre optimización del tiempo de respuesta en el tratamiento del ictus agudo de forma integrada fue elegido como comunicación estelar en la última Reunión Anual de la Sociedad Española de Neurología.

2.2.3. Análisis DAFO/CAME del Servicio de Neurología

Debilidades

La principal debilidad en la estructura del Servicio es, al tiempo, fruto de una de sus fortalezas y del aprovechamiento de las oportunidades. Al tratarse de un Hospital de referencia regional y con el crecimiento de las áreas específicas de conocimiento (consultas monográficas y unidades), se produce cierta fragmentación y abandono de

la actividad de la “neurología general ambulatoria”. Esta actividad, que constituye más del 85% de la demanda de nuevas consultas y se atiende casi en un 70% en el centro de Especialidades con un número de consultas semanales solo ligeramente superior al de consultas de “neurología general” realizadas en el hospital. Lo que se relaciona con la segunda de las debilidades principales a mi juicio: la masificación de las consultas externas.

Las consultas externas están masificadas. Esta masificación es diferente en el Centro de Especialidades respecto de las consultas hospitalarias. En el primero, se origina a expensas de las primeras consultas que mantienen un tiempo de agenda de 12 minutos, claramente insuficiente (la Sociedad Española de Neurología, SEN, establece en 45 minutos el tiempo óptimo, y en 25 el mínimo, para una primera consulta). Ello repercute en la calidad real y en la percibida por el paciente que puede sentirse desatendido por el escaso tiempo dedicado. Por su parte, el profesional sanitario puede tener la sensación de “estar relegado” y generar sentimientos de frustración, lo que puede facilitar el desarrollo del “síndrome de burnout”.

En las consultas del hospital la masificación viene dada por el alto número de revisiones que, sólo en parte, se justifican por la complejidad y especificidad de los pacientes atendidos las consultas monográficas. La ausencia de unos criterios de revisión o de alta y la fuerza de la costumbre, que elude aplicar un sentido crítico respecto si el mantenimiento de dichas revisiones aporta realmente valor dentro del proceso asistencial, crea una tendencia a “eternizar” pacientes en la consulta sin que ello suponga necesariamente mejores resultados en salud.

La falta de uso de herramientas digitales en la elaboración de la historia e informes clínicos, manteniendo el formato manuscrito en papel, por parte de un número elevado de facultativos del Servicio supone una barrera para poder compartir información con el resto de los implicados en el proceso asistencial. Igualmente, el personal auxiliar de parte de las consultas no muestra las necesarias competencias en el manejo de los sistemas informáticos de gestión de la consulta.

Fortalezas

Teniendo en cuenta que el objetivo para la adecuada asistencia neurológica recomendado por la EFNS (Federación Europea de Sociedades Neurológicas) y asumido por la SEN es de 5 neurólogos por cada cien mil habitantes, la plantilla está adecuadamente proporcionada a las necesidades del Área Sanitaria, incluso podría considerarse a priori algo excesiva. No obstante, al tener dentro de la cartera de servicio actividades que son referencia regional (Unidad de ictus e intervencionismo neurovascular, centro CSUR de Esclerosis Múltiple, cirugía funcional en trastornos del

movimiento y neurólogos participantes en la Unidad de Demencias), llega a ser insuficiente para la carga asistencial presente (y que debe seguir aumentando en los próximos años). Los profesionales tienen una adecuada formación, actualizan sus conocimientos y mantienen la ilusión por el trabajo que realizan y por seguir mejorando para dar una mejor atención a los pacientes. Además, las edades de los facultativos hacen previsible una renovación progresiva, sin grandes saltos generacionales.

La hospitalización está bien estructurada, con adecuados medios personales y materiales. Los ingresos están indicados por el propio Servicio a través de las consultas externas y la guardia de presencia física. La estancia media es baja, la ocupación de las camas de hospitalización alta y el IEMA revela una gestión eficiente de los ingresos, en función de su complejidad. La Unidad de Ictus cumple su papel de liderazgo regional en esta patología y tiene procedimientos de mejora continua ligados a su actividad investigadora. El gasto farmacéutico hospitalario es adecuado y sostenido.

El desarrollo de las Unidades de conocimiento específico para determinadas patologías supone una mejora cualitativa para los pacientes afectados y, en el caso de la Esclerosis Múltiple con su Unidad de día, además un importante ahorro para el Centro, al tiempo que mejora de la atención a los pacientes, al propiciar la ambulatorización de la mayoría de los procesos diagnósticos y terapéuticos.

Ya contamos con la tradición de haber mantenido en nuestra Área las consultas del Centro de Especialidades, en su momento suprimido en muchas áreas de salud. Ello permite partir de una situación de aceptación de este recurso asistencial, aunque precise de un enfoque diferente, más adaptado a las nuevas realidades y las nuevas demandas de los pacientes. Desde esta estructura se ha podido responder con agilidad a la demanda de consultas desde AP y se ha evitado la generación de demoras excesivas.

Amenazas

La principal amenaza es la falta de comunicación y coordinación entre nuestro Servicio, y Asistencia Especializada en general, con AP. El desconocimiento mutuo genera confusiones y posiciones defensivas. La presión en AP, con tiempos de atención en consulta insuficientes para una adecuada asistencia propicia la derivación de pacientes que pudieran ser atendidos con medios propios. Si sumamos una preferencia creciente de los pacientes por la Atención Especializada, en la creencia errónea de que el Médico de Primaria no está capacitado para dar una adecuada respuesta a sus problemas, se explica la demanda creciente de consultas a nuestro Servicio. Relacionado con lo anterior y ligado a una información clínica

insuficientemente compartida, el paciente ya en el ámbito de la AE puede entrar en un circuito vicioso de derivaciones entre distintas especialidades, del que queda excluido el Médico de AP y que contribuye a fragmentar más el proceso asistencial, al tiempo que lo hace menos eficiente.

Al aumento real de las patologías neurodegenerativas asociadas a la mayor esperanza de vida, se une el miedo creciente de la población al riesgo de padecerlas y la menor familiaridad de la AP con los procedimientos diagnósticos y terapéuticos de las mismas. Ello genera aumento progresivo de la demanda con necesidades propias, por su carácter crónico, que precisará un enfoque diferente.

La oferta genera demanda y la demora cero en la asistencia puede ser equivalente a una demanda infinita. Disponer de unas consultas ágiles con un tiempo de respuesta mínimo (en ocasiones nuestra demora de consulta en el Centro de Especialidades ha sido de dos o tres días) tiene varios riesgos entre los que destacan la derivación impropia (por mayor saturación de los servicios que debieran asumir dichas consultas) o el aumento de las consultas no asistidas por los pacientes, y con ello una pérdida de la eficiencia de la misma, en la seguridad de que se les ofertará pronto una nueva cita.

La gestión y organización de la Unidad de Demencias de forma independiente del Servicio de Neurología es un riesgo más de fraccionamiento y pérdida de cohesión del proceso diagnóstico y terapéutico de pacientes con enfermedades neurológicas.

Oportunidades

El desarrollo de la especialidad de Neurología, con la aparición de técnicas de diagnóstico y tratamiento complejas y costosas, y de utilidad en un volumen más reducido de pacientes, implica que su implantación deba realizarse en centros de referencia, superando el espacio que significa el Área Sanitaria. Como Servicio de Neurología ubicado en un Hospital de tercer nivel se está en la mejor disposición para seguir desarrollando el papel de referencia regional en patologías especialmente complejas. La experiencia y el camino recorrido por la Unidad de Esclerosis Múltiple y la Unidad de Ictus debe ser aprovechado como modelo para la ampliación de la cartera de servicios de la Unidad de Trastornos del Movimiento, el desarrollo de la Unidad de Epilepsia partiendo de la base de la ya existente Unidad de monitorización vídeo-EEG prolongado y de programas de cirugía de la epilepsia, y la necesidad de la implantación de una Unidad de Patología Neuromuscular que minimice el desplazamiento de pacientes fuera de la región y que incluya una Unidad de ELA, son oportunidades que no se deben dejar pasar.

La reciente creación de una Subdirección Médica de AP y Centro de Especialidades “Dr. Quesada”, y su apuesta por desarrollar programas de integración entre los distintos niveles asistenciales para asegurar la continuidad asistencial, es una oportunidad para replantear la asistencia neurológica ambulatoria con nuevos modelos integrados de atención a la cronicidad que faciliten mejores resultados en salud, más eficientes y con mayor satisfacción de los pacientes.

El desarrollo de la plataforma Ágora plus para compartir información entre distintas Áreas de Salud y distintos niveles de la atención sanitaria y las distintas herramientas digitales de información y comunicación, incluidos los programas piloto para telemedicina e interconsultas no presenciales, suponen nuevos modelos de consulta prometedores cuya utilidad, rendimiento y beneficio deberá ser evaluado.

El gran volumen de pacientes atendido permite plantear proyectos de investigación en salud que no deben limitarse al ámbito de las Unidades de conocimiento específico. Supone también una oportunidad para programas de investigación conjunta entre Primaria y Especializada en el desarrollo de la asistencia a pacientes ambulatorios con diferentes patologías neurológicas.

	Positivo	Negativo
Interno	Fortalezas	Debilidades
	Plantilla adecuada, bien formada, actualizada y con buena disposición	Fragmentación
	Hospitalización bien estructurada y con buenos resultados	Masificación de las consultas
	Desarrollo progresivo de Unidades de conocimiento específico	Infravaloración de la "neurología general" ambulatoria
	Existencia de consultas en el Centro de Especialidades	Deficiencias en el uso de medios electrónicos en consulta
Externo	Oportunidades	Amenazas
	Centro de referencia para patologías y procedimientos complejos	Falta de coordinación con AP
	Apuesta de la Subdirección Médica de AP y C.E por la continuidad asistencial	Aumento de las patologías neurodegenerativas y del miedo a las mismas
	Desarrollo de plataformas digitales de información y comunicación y modelos de consulta no presenciales	Riesgo de aumento de demanda por "demora cero"
	Gran volumen de pacientes que permite programas de investigación en salud	Gestión independiente de la Unidad de Demencias

Corregir las debilidades aprovechando las oportunidades

Promover la conexión con AP aprovechando el impulso de la Subdirección del Área para establecer procedimientos comunes y compartidos en el seguimiento de patologías neurológicas crónicas o recurrentes que mejoren la continuidad asistencial.

Facilitar y estimular el uso de las tecnologías de la información y comunicación en la generación y gestión de los datos clínicos para un uso compartido entre los distintos niveles asistenciales, iniciando el camino de la incorporación de nuevos modelos de consulta no presenciales.

Afrontar las amenazas no dejando crecer las debilidades

Establecer protocolos de derivación consensuados con AP que faciliten la identificación de pacientes que puedan beneficiarse de atención neurológica especializada y minimicen las derivaciones innecesarias o improcedentes (patología no neurológica, posibilidad de resolución de dudas de forma no presencial, etc.).

Establecer protocolos de alta en las consultas de neurología y distintos modelos de seguimiento compartido con AP según procesos y pacientes. Diferenciar seguimientos preferentes en Primaria con consultas puntuales a Neurología y seguimientos preferentes en Neurología con información adecuada del mismo a los responsables de Primaria.

Facilitar la reintegración de la Unidad de Demencias dentro de la estructura funcional del Servicio de Neurología, para una mayor integración de la asistencia, al tiempo que se establecen protocolos en los que la consulta de “neurología general” actúe seleccionando los pacientes que más puedan beneficiarse de dicha Unidad y permita descongestionar las listas de espera actuales.

Mantener o mejorar las fortalezas afrontando las amenazas

Reorientación de las consultas del Centro de Especialidades dotándolas de más tiempo por consulta, con una visión más centrada en el paciente al mismo tiempo que se hace más atractiva a los facultativos. Mantener su agilidad actual y mejorar la comunicación con AP, la generación de informes de alta y seguimiento y las vías de derivación a las consultas monográficas en el Hospital.

Facilitar la integración de los profesionales que atienden la neurología general ambulatoria en el Centro de Especialidades con el resto del Servicio y su acceso a la formación continuada, que se realiza mayoritariamente en el Hospital, evitando el riesgo de marginación progresiva de los mismos y su desconexión de las Unidades de conocimiento específico.

Explotar las oportunidades aprovechando las fortalezas

Continuar el desarrollo de las Unidades de conocimiento específico y ofertarlas, con el consenso de las direcciones implicadas, a las Unidades de Neurología de otras Áreas de Salud con menos población y recursos, de forma que se optimicen los tratamientos complejos y el diagnóstico de patologías menos prevalentes.

Mantener y aumentar la investigación en salud que se realiza en el seno de las Unidades de conocimiento específico, al tiempo que se inician programas de investigación conjunta con AP orientadas a mejorar la atención de los pacientes crónicos en el ámbito ambulatorio.

3. PLAN DE ACTUACIÓN DE UNA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE NEUROLOGÍA AMBULATORIA EN EL MARCO DE UN CENTRO DE ESPECIALIDADES

Tras el análisis estratégico del Servicio de Neurología podemos observar que el nivel de desarrollo y calidad asistencial en lo referente a la hospitalización y áreas de conocimiento específico es adecuado en general, cuando no óptimo, o está en vías de desarrollo. Es quizás el área de la “neurología general” ambulatoria la que tiene un mayor margen de mejora, posiblemente ligado a que tradicionalmente se ha considerado banal y ha sido menos apreciada por los profesionales, más orientados hacia patologías menos comunes o más complejas. No obstante, esta actividad representa el mayor volumen de pacientes atendidos por el Servicio de Neurología y, con la disminución de los ingresos para estudio y la mayor ambulatorización de la asistencia, ha visto aumentada su complejidad. Por ello requiere un nuevo planteamiento de su importancia y la forma en que se gestiona [20]. Se presenta a continuación un plan de actuación para la gestión de una Unidad de Neurología Ambulatoria en el Centro de Especialidades (UNACE).

3.1. Misión, visión y valores

3.1.1. Misión

La misión de la UNACE es prestar servicios sanitarios ambulatorios a las personas del Área de Salud I del SMS en lo que atañe a las enfermedades neurológicas. Esta prestación debe ser accesible, resolutive y de la máxima calidad posible.

3.1.2. Visión

Aspiramos a desarrollar un sistema de consultas que permita una atención precoz, sin demoras y de calidad, que se sitúe en un “nivel intermedio” entre la AP y la atención que proporciona el Hospital, asegurando la continuidad asistencial. Mediante la implicación de los profesionales y la integración de los procesos con AP queremos prestar una atención adecuada, ágil y segura a una mayoría de pacientes que pueden gestionar sus problemas neurológicos en el ámbito ambulatorio más cercano. Al mismo tiempo, mediante la integración con los servicios que se proveen en el Hospital en sus distintas modalidades, se facilitará el acceso a los mismos a los pacientes que lo precisen y, en sentido contrario, la ambulatorización del proceso que ha requerido manejo hospitalario, cuando sea conveniente.

3.1.3. Valores

- Atención orientada a los pacientes
- Orientación a los profesionales implicados
- Equidad en la prestación
- Integración de la organización
- Flexibilidad
- Compromiso con los valores éticos
- Participación en la docencia
- Participación en investigación en salud
- Innovación
- Transparencia
- Eficiencia en el uso de los recursos
- Orientación a la excelencia
- Respeto con el entorno

3.2. Líneas estratégicas y factores clave del éxito

3.2.1. Líneas estratégicas

- Satisfacer los derechos, necesidades y expectativas del cliente externo (pacientes y familiares)
- Profesionales como principal activo: formación y desarrollo profesional
- Desarrollar el liderazgo y la comunicación interna y con otros niveles asistenciales
- Desarrollar la gestión de los procesos clave
- Desarrollar un plan de calidad y un grupo de mejora de la misma

3.2.2. Factores clave del éxito

La clave necesaria para el éxito es una comunicación fluida entre los profesionales de AP y Especializada, un ambiente laboral que facilite el conocimiento mutuo de las necesidades de cada uno y permita trabajar de forma integrada, teniendo como principal objetivo una atención centrada en el paciente, en sus preferencias y necesidades y en la resolución de los problemas en el entorno más cercano posible.

Es imprescindible contar con el apoyo expreso de la Dirección del Centro, que debe de implicarse, facilitar e incentivar el desarrollo de los procesos de atención integrados,

así como el uso de las nuevas tecnologías de información y comunicación dentro de los mismos.

3.3. Objetivos operativos, financieros y de sostenibilidad

3.3.1. Objetivos asistenciales operativos

1. Asistencia centrada en el paciente
 - 1.1. Mejorar la accesibilidad a las consultas externas de neurología
 - 1.1.1. Demora máxima estructural de 30 días en todas las agendas para primeras visitas en el último día de cada trimestre
 - 1.1.2. Atención de consultas preferentes con una demora máxima de 15 días en todas las agendas antes del último día del año
 - 1.1.3. Citación de pacientes en espera de resultados de estudios complementarios en un tiempo no superior a 15 días tras la realización de los mismos antes de finalizar el año
 - 1.2. Empoderamiento del paciente
 - 1.2.1. Estimular la participación activa del paciente en el proceso asistencial
 - 1.2.2. En pacientes menos participativos, tener en cuenta sus preferencias e incitarles a expresar sus opiniones y dudas
2. Optimización de las consultas externas
 - 2.1. Gestión de la demanda: establecimiento de criterios de derivación consensuados con AP
 - 2.2. Estudio de la demanda por Centros de Salud. Abordaje específico de las principales causas de derivación. Consenso sobre patologías que deben ser atendidas predominantemente en AP y formas de colaboración entre Primaria y Especializada
 - 2.3. Establecimiento de criterios de alta de las consultas especializadas
 - 2.4. Explorar las posibilidades de consultas no presenciales entre AP y Neurología. Programa piloto y de evaluación y mejora del mismo
3. Optimización de los circuitos de derivación a las consultas hospitalarias
4. Mejora de la calidad de la información clínica
 - 4.1. Aumentar de forma progresiva en la cumplimentación de la historia clínica digital utilizando el soporte Selene hasta alcanzar al menos el 90% a final del año
 - 4.2. Generación de informes en sistema Selene, consultables desde Ágora plus, en todo paciente que sea dado de alta de las consultas
5. Racionalización del gasto farmacéutico:
 - 5.1. Abordar con sinceridad y sentido común los problemas de patologías o síntomas sin un tratamiento farmacológico específico, evitando el uso de fármacos de dudosa utilidad terapéutica y aplicando las recomendaciones de las sociedades científicas para esos casos cuando así proceda

3.4.1. Procesos estratégicos

El contrato programa se firma entre el Servicio de Neurología y la Dirección del Centro y tiene periodicidad anual. Incluirá objetivos e indicadores cuya responsabilidad en el cumplimiento recaerá en todo o en parte en la UNACE. Estos indicadores serán una parte prioritaria del Cuadro de Mando particular de la Unidad.

El Centro establece el plan de calidad con periodicidad plurianual y siguiendo un modelo EFQM desarrollado a través de la Unidad de Coordinación de Calidad. El Servicio de Neurología y la UNACE deben conocer y alinearse con el plan de calidad.

Control de gestión a través del Cuadro de Mando específico de la UNACE que incluirá, entre otros, los indicadores relativos a la misma que el Servicio de Neurología y la Dirección contemplen en sus respectivos Cuadros de Mando.

Planificación de la docencia de los MIR de Neurología y Medicina de Familia y Comunitaria de acuerdo con la Unidad de Docencia y los respectivos tutores para la consecución de los objetivos en el manejo y la resolución de la patología neurológica ambulatoria que establecen sus respectivos programas de formación.

Planificación y desarrollo de programas conjuntos, dentro del Servicio de Neurología, y con AP cuando corresponda, de investigación en salud relacionados con los procedimientos integrados que se vayan desarrollando.

Revisión de guías de práctica clínica disponibles y actualizadas para la elaboración de protocolos compartidos y, cuando se considere necesario, vías clínicas.

3.4.2. Procesos de soporte

Los Servicios Generales y el almacén del Centro se encargan del mantenimiento general, provisión de equipamientos, limpieza, suministro de material fungible y de impresión, entre otros.

El Servicio de Admisión se encarga de la documentación administrativa necesaria para la asistencia y su control y el proceso de citación de consultas y estudios complementarios.

Laboratorio y Radiodiagnósticos son dos Servicios básicos en la realización de estudios complementarios requeridos en la práctica de la neurología.

El desarrollo de los Sistemas de Información es básico para el adecuado registro y acceso compartido a la información clínica relativa a los pacientes por los profesionales implicados. La puesta en marcha de modelos de consulta no presenciales se basará en gran medida en medios digitales, tanto para su solicitud, consulta de la historia clínica y estudios complementarios previos y elaboración de la respuesta. El registro adecuado de la actividad asistencial y su posterior análisis y seguimiento es el punto de partida de muchos procesos de mejora continua.

El Servicio de Farmacia se encarga de la provisión y suministro de fármacos y aporta elementos de control y supervisión de los tratamientos en la hospitalización y unidades de día del Servicio de Neurología. En lo relativo a la UNACE y otras consultas, su papel como soporte es más limitado (por ejemplo fármacos necesarios para infiltraciones locales ambulatorias). No obstante tiene también un papel importante en los procesos estratégicos en lo relativo a las recomendaciones para un correcto y eficiente uso de los medicamentos.

Algunos pacientes precisan de transporte sanitario para su desplazamiento entre su domicilio y los distintos Centros Asistenciales. Corresponde a los facultativos de AP y AE facilitar la documentación oportuna para su solicitud por parte de los pacientes que así lo precisen.

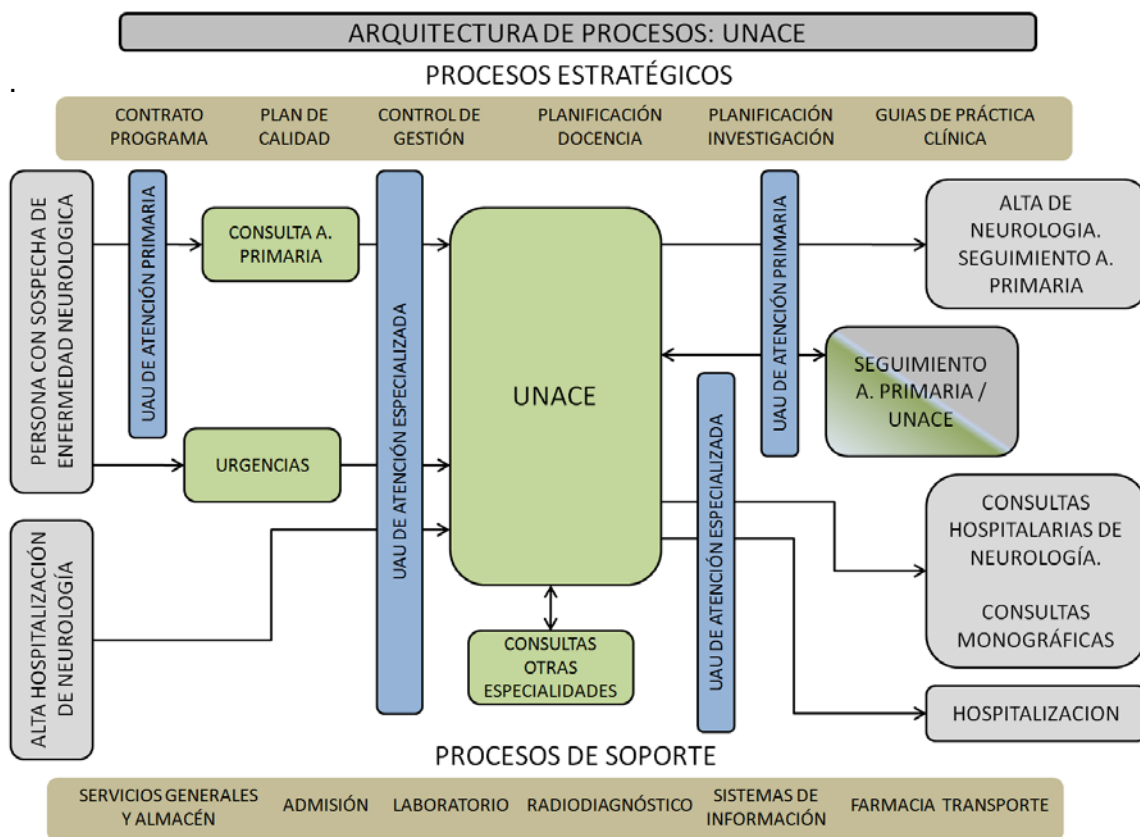
3.4.3. Procesos operativos

En el mapa general de procesos del Servicio de Neurología, la persona con sospecha de enfermedad neurológica consulta inicialmente con su médico de AP quién valora la conveniencia o necesidad de derivar a la consulta de neurología. En ocasiones, por las características del cuadro, la atención puede iniciarse a través del Servicio de Urgencias por derivación desde Primaria o a petición propia. Los facultativos de guardia de Neurología atenderán entonces a los pacientes a solicitud del Servicio de Urgencias del Hospital o tras la activación extrahospitalaria del Código Ictus.

En función de las características del paciente y la patología que presente, la patología será atendida íntegramente de forma ambulatoria o, al menos en parte, en régimen de hospitalización. La finalización del proceso corresponde al alta del Servicio de Neurología con informe para conocimiento y seguimiento en AP. Por las características de muchas enfermedades neurológicas, crónicas y/o degenerativas, la finalización del proceso sólo se termina con el fallecimiento del paciente, el cese de la atención por voluntad del paciente o por su traslado a otra área sanitaria.

Durante el proceso puede ser necesaria la colaboración de otras especialidades que, al mismo tiempo, pueden ser el origen de nuevos pacientes. Los estudios complementarios se llevarán a cabo con medios propios del Servicio en algunos casos, pero mayoritariamente con la colaboración de Unidades mencionadas en los procesos de soporte. La gestión de citas y estudios complementarios se hace a través de las Unidades de Atención al Usuario (UAU) de Primaria o Especializada según corresponda.

En el mapa general de procesos propios de la UNACE, el origen mayoritario de los pacientes surge de la solicitud de consulta desde AP. Una pequeña parte puede provenir del Servicio de Urgencias hospitalaria o incluso desde la hospitalización del Servicio de Neurología, para su posterior seguimiento ambulatorio, con el fin de asegurar la continuidad asistencial y la coordinación con AP.



En función de las características de los pacientes, la patología que presenten y la instauración progresiva de procesos específicos integrados con AP pueden darse principalmente las siguientes circunstancias [20]:

- Consultas de alta resolución con informe para AP en una única consulta
- Necesidad de una o dos consultas sucesivas para valorar estudios complementarios y/o respuesta a tratamientos instaurados, tras lo cual pueden ser alta para seguimiento en AP
- Pacientes con mayor complejidad o necesidades específicas en los que sea recomendable seguimiento en las consultas del hospital o en las consultas monográficas
- Necesidad de hospitalización urgente o programada
- Consultas no presenciales sobre pacientes con historia previa en la UNACE, con el fin de resolver dudas y evitar desplazamientos innecesarios del paciente
- Seguimiento conjunto en la UNACE y AP según protocolos de procedimientos específicos

Planificación de las consultas de la UNACE

Para una mejor organización se deben contemplar dos tipos de consultas [21]:

- Consulta tipo A: atiende pacientes cuyo seguimiento puede realizarse principalmente por AP con visitas puntuales al neurólogo. Se incluye en esta consulta la gran mayoría de las primeras consultas en neurología, algunos cuadros bien definidos como las cefaleas recurrentes y las valoraciones cognitivas y los síntomas que tras su valoración no se consideran originados por enfermedades neurológicas
- Consulta tipo B: se encarga de pacientes que, por su complejidad, el seguimiento se realiza fundamentalmente por el neurólogo

Estas consultas deben de estar adecuadamente diferenciadas, al menos tener un horario diferente. En caso contrario es previsible un exceso de visitas de pacientes “tipo A” (revisiones que no aportan valor al proceso del paciente) y una atención insuficiente a los pacientes “tipo B” por la dificultad para el acceso a las revisiones que conlleva la masificación de las consultas. Quede claro que los pacientes pueden ser transferidos de una consulta tipo A a la consulta tipo B, cuando sea preciso. Y al contrario, los pacientes de la consulta tipo B pueden ser dados de alta para control en AP en determinadas circunstancias.

La consulta tipo A, primera consulta para casi todos los pacientes y consulta habitual para los pacientes en seguimiento por atención primaria debe tener las siguientes características [21]:

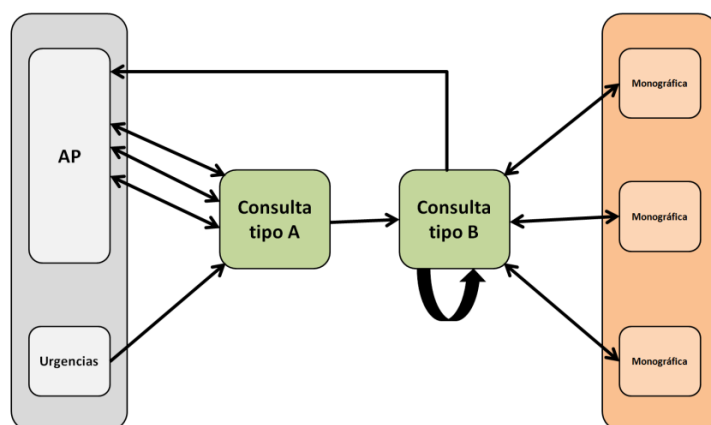
- Pacientes remitidos desde AP con o sin pruebas complementarias realizadas según protocolos desarrollados conjuntamente
- Es previsible que para la mitad de los pacientes se trate de una visita única, o a lo sumo una segunda visita para valoración de alguna prueba complementaria
- Debe haber tiempo suficiente para poder cumplir el objetivo de la consulta con garantías y realizar un informe clínico de alta normalizado
- Comunicación directa con AP, fácil y rápido acceso
- Algunos pacientes pasarán a las consultas tipo B
- En la valoración de la calidad percibida se tendrá en cuenta tanto la satisfacción del paciente como la del médico de AP, dado que ambos son los clientes, externo e interno, respectivamente
- Físicamente se desarrollará preferentemente en el Centro de Especialidades
- Deberá contar con al menos dos tipos de consultas diferenciadas en la agenda de primeras visitas: citas normales y citas preferentes para casos que requieran ser atendidos en un plazo de tiempo más breve
- La proporción de revisiones sobre primeras visitas deberá ser inferior a la unidad
- Para pacientes con historia previa en la UNACE debe incentivarse el uso de la consulta no presencial, preferentemente a través de medios digitales y con registro en la historia clínica, para resolver posteriores dudas que puedan surgir en AP, evitando el desplazamiento del paciente [22]

La consulta de tipo B, o consulta de seguimiento principal por neurología deberá contar con las siguientes características [21]:

- El paciente accede desde las consultas tipo A o bien tras un episodio de hospitalización en el Servicio de Neurología
- El espacio físico de estas consultas puede corresponder al Centro de Especialidades y/o al Policlínico del Hospital
- El paciente es el cliente directo de estas consultas, debe tener asignado un facultativo bien identificado y de fácil acceso. La calidad percibida se determina por la satisfacción del paciente
- Se emitirán informes periódicos de la evolución y los cambios terapéuticos para conocimiento del Médico de AP
- Predominarán en estas consultas las revisiones (sucesivas) frente a las primeras consultas. No obstante, hay que evitar que el paciente se mantenga en revisiones periódicas sólo por la costumbre, sin que se aporte valor a su proceso. En pacientes estables hay que valorar la posibilidad de alta con informe
- Las consultas monográficas, como las de Esclerosis Múltiple, se reservan para pacientes especialmente complejos o de requerimientos muy específicos. Se desarrollarían exclusivamente en el ámbito del Hospital: bien en el Policlínico, bien en el Hospital de día. Quedan por lo tanto fuera de la organización de la UNACE

- Respecto de las consultas monográficas no se trata de enviar a todo paciente que esté relacionado con la misma, sino aquellos que más se puedan beneficiar de la atención en la misma. En otro caso, no se beneficiará la eficiencia del Servicio ni del Sistema

Dentro de las consultas sucesivas, la agenda debe diferenciar las revisiones periódicas propiamente dichas de las revisiones de resultados, con el fin de evitar demoras innecesarias en la valoración de estos últimos por saturación previa de las revisiones programadas meses antes.



Modificado de Catalá J, Escudero J., 2012, p 770

Procesos integrados Neurología – Atención Primaria

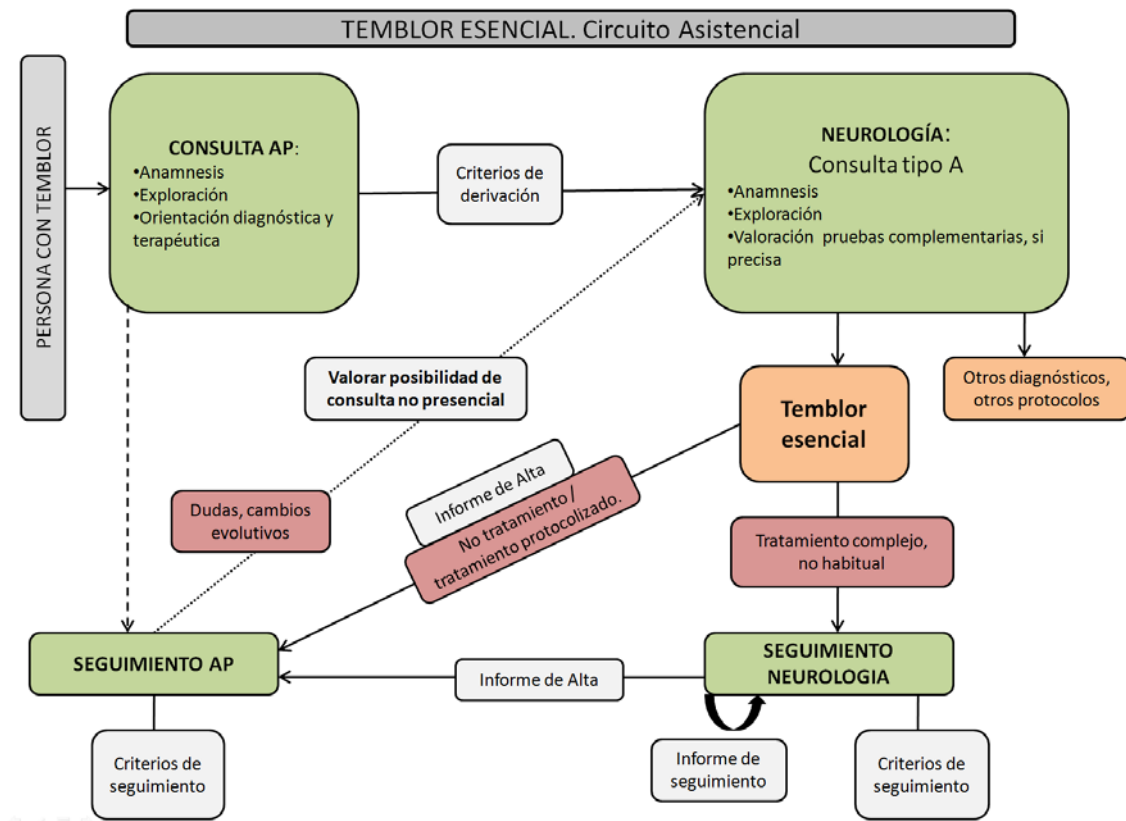
Un volumen importante de las consultas ambulatorias de neurología se encargan de pacientes con patologías crónicas o recurrentes prevalentes [20], relativamente estables o de menor gravedad, o bien se trata de la prevención secundaria de factores de riesgo habitualmente manejados y controlados en AP. El desarrollo conjunto de procesos con participación de AP y especializada debe redundar en un beneficio para el paciente y una descongestión de la atención especializada. Se proponen una serie de procesos cuyo desarrollo es viable. La priorización entre ellos debe basarse en la sencillez para el manejo en AP y la ausencia de valor añadido del seguimiento sistemático en las consultas especializadas. Los siguientes son algunos procesos que cumplen esas características [21] [23]:

- Temblor esencial
- Cefaleas primarias (crónicas y recurrentes)
- Síndrome de piernas inquietas
- Prevención secundaria en enfermedad cerebrovascular estable

- Epilepsia bien controlada (más de dos años sin crisis, tratamiento farmacológico sencillo e indicaciones de continuación y control bien definidas)
- Deterioro cognitivo leve estable y quejas subjetivas de memoria sin deterioro objetivo

Los procesos deben ser acordados inicialmente entre AP y Neurología y el desarrollo de los mismos debe hacerse de forma conjunta y en un orden previamente establecido. Se diseñarán los circuitos asistenciales [23] y se iniciará con prueba piloto a realizar con uno o dos Centros de Salud (una buena estrategia puede ser empezar con el Centro que parezca más sencilla su instauración y poco después con uno de mayor dificultad aparente). Tras identificar y corregir los primeros inconvenientes y errores detectados, extender al resto de los Centros de Salud.

A modo de ejemplo se muestra el circuito propuesto para un paciente con temblor esencial:



Los protocolos deben elaborarse siguiendo las recomendaciones de las guías de práctica clínica disponibles para cada tipo de patología y tras un proceso de revisión bibliográfica y adaptación conjunta, entre AP y Neurología, a las características propias del Área de Salud. La documentación debe incluir los criterios de derivación y de seguimiento. Los protocolos contemplarán la solicitud desde AP de los estudios complementarios que se considere pertinente para su valoración en la primera consulta especializada, con el fin de aumentar la capacidad de resolución de la misma y evitar desplazamientos innecesarios al paciente.

Desde la consulta especializada se emitirá un informe que incluya el diagnóstico y las recomendaciones para cada paciente, así como el plan de seguimiento. Atención Primaria debe contar con un soporte sistematizado y escrito para facilitar el seguimiento y disponer facilidad para resolver las dudas de forma rápida, mediante consultas no presenciales en soporte digital, o telefónicas en su defecto [22]. Los procesos son repetitivos, pero al mismo tiempo deben ser flexibles. En ocasiones, aunque una duda presentada durante la evolución pueda solucionarse de forma no presencial, algunos pacientes pueden requerir una consulta presencial para mayor tranquilidad.

Calendario de instauración

Tras la presentación y aceptación del proyecto por la Dirección Asistencial, y con el apoyo explícito de la misma, se constituye un grupo de trabajo con profesionales implicados de AP y Neurología, no más de cinco personas, que se encargan de la revisión de las guías clínicas y el desarrollo y redacción de los protocolos. Los protocolos se dan a conocer al resto de profesionales implicados para que aporten las ideas que consideren oportunas. Posteriormente se inicia una prueba piloto en uno o dos Centros de Salud, valorando las dificultades, errores y confusiones no previstos inicialmente. Una vez corregidos estos problemas, se genera el documento final y se inicia la implantación en el resto de los Centros. A los tres y seis meses se hará una primera evaluación de los resultados dentro de un plan de mejora continua. Las evaluaciones se realizarán posteriormente cada año.

En el primer año se marca el objetivo de tener completamente instaurado un proceso. En función de la evolución, en posteriores años se podría ser más ambicioso e intentar instaurar dos procedimientos cada año y medio, solapando los tiempos.

	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jn	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Búsqueda bibliográfica (*)	■	■												
Borrador		■	■											
Revisión y aportes al borrador			■	■										
Prueba piloto				■	■	■								
Revisión prueba piloto						■	■							
Documento final							■	■						
Implantación resto de centros								■	■	■	■	■	■	■
Monitorización										■				■
Evaluación de resultados														■

(*) Con motivo de no coincidir el inicio de la implantación en el resto de centros con los meses de julio y agosto, es recomendable tener previsto iniciar el proyecto en el mes de noviembre del año previo.

3.5. Docencia y formación continuada

Los MIR de neurología de último año de formación se integrarán en una consulta semanal en la UNACE como parte de su programa docente, con la supervisión correspondiente por los facultativos de la UNACE y de sus tutores. Sus objetivos durante este periodo de formación se centran principalmente en saber diagnosticar y tratar todos los problemas neurológicos en el entorno ambulatorio, la habilidad para establecer una buena relación médico-paciente, la capacidad como asesor sobre las repercusiones sociales de las enfermedades neurológicas e integración de los procesos con AP. En este año de formación, el residente debe ser capaz de realizar las tareas directamente, sin necesidad de tutorización directa, debe ejecutar y posteriormente informar para su supervisión [4].

Los MIR de Medicina de Familia y Comunitaria se integrarán en las consultas de la UNACE, al menos dos semanas, durante su rotatorio por la especialidad de Neurología. Su objetivo es familiarizarse con la patología que les será más común en su ejercicio como Médicos de AP y el correcto enfoque y manejo de las mismas. Este periodo debe realizarse preferentemente al final de su rotatorio y tras adquirir en el hospital las habilidades propias del enfoque de los grandes síndromes neurológicos y el examen clínico que le es específico.

Hay que habilitar fórmulas que permitan a los facultativos de la UNACE acudir y participar activamente, al menos una vez a la semana, en las sesiones clínicas que tienen lugar en el Hospital.

Con periodicidad trimestral, se habilitaran sesiones clínicas conjuntas de los facultativos de la UNACE, y otros facultativos del Servicio de Neurología, y los facultativos de AP que versen sobre patologías neurológicas más comunes y que faciliten la puesta al día y coordinación entre ambos niveles asistenciales.

3.6. Actividad investigadora: ensayos clínicos y líneas de investigación

En la actualidad el Servicio de Neurología desarrolla y participa en líneas de investigación relacionadas por un lado con la Unidad de Ictus y por otro en la Unidad de Esclerosis Múltiple. Se combinan la participación en ensayos clínicos en fase II-III promovidos por la industria farmacéutica, con investigación propia que tiene como objetivo la mejora de la asistencia relacionada con estos procesos.

En el ámbito de la UNACE, debe abrirse una línea de investigación que sirva para valorar los resultados en salud y la eficiencia de los procesos de atención integrada, así como la validez, utilización y capacidad de resolución de las consultas no presenciales. Esta investigación debe estar relacionada con un plan de calidad destinado a la mejora continua de la asistencia.

3.7. Monitorización del plan de gestión: cuadro de mando

Se describen 18 indicadores agrupados en cinco categorías principales. Se debe tener en cuenta la demanda de asistencia y la demora de la misma, indicadores que reflejen la actividad de la unidad, indicadores propios de los objetivos en curso, de calidad y de formación y desarrollo de los profesionales.

Unidad de Neurología Ambulatoria del Centro de Especialidades			
Periodo: 20...-20...			
Indicadores	Actividad		
	Prevista (*)	Real	Ejercicio anterior
Indicadores de demanda			
Demanda de asistencia			
Solicitud de primeras consultas			3957
Número de consultas imprevistas			154
Demora en la asistencia			
Nº de pacientes en espera estructural > 50 días	0		0
Tiempo de espera estructural medio 1ª consultas	25		29,8
Demora media prospectiva 1ª consulta	22		26,5
Demora media citación de resultados	15		17
Indicadores de actividad			
Número de primeras consultas realizadas			2966
Número de consultas sucesivas realizadas			3443
Relación consultas sucesivas / primeras	1,25		1,16
Proporción de consultas fallidas (no asistencia)	11%		15%
Indicadores propios de objetivos en curso			
Instauración completa de procedimiento integrado	1		0
Proporción de consultas de "alta resolución"	35%		nd
Número de consultas no presenciales	200		0
Indicadores de calidad			
Encuesta de calidad percibida a Pacientes	70%		nd
Encuesta de calidad percibida a profesionales de AP	70%		nd
Reprogramación de consultas	3%		3,50%
Formación y desarrollo de profesionales de la UNACE			
Nº de sesiones clínica participadas	40		30
Publicaciones científicas	1		0

3.7.1. Definición y descripción de los indicadores del cuadro de mando

Indicadores de demanda

Son imprescindibles para planificar la actividad y responder en tiempo adecuado a las necesidades de la población.

- Solicitud de primeras consultas: solicitudes recibidas para primeras consultas de Neurología en el Centro de Especialidades, independientemente de su origen en AP, urgencias, etc. Ante aumentos significativos de la demanda puede ser interesante diferenciar según distintos orígenes.

- Fuente: Departamento de Admisión. Explotación de datos e informe por la unidad de Evaluación
- Cálculo: número total neto de solicitudes de consulta acumuladas desde el uno de enero hasta final de año
- Periodicidad y responsable: evaluación anual por el Jefe de Servicio y el responsable de la UNACE. Ante incrementos de la demora será necesario valorar si hay un incremento de la demanda
- Estándar: se parte del dato del año anterior para la planificación, tendiendo la referencia de que en la actualidad es una cifra elevada y por encima de la demanda media descrita en la literatura en circunstancias similares (9-18 ‰ habitantes / año, que corresponden a 1800-3600 solicitudes en nuestra Área)
- Número de consultas imprevistas: pacientes que acuden a la consulta sin cita previa y son atendidos el mismo día. En general se trata de revisiones, aunque pueden ser primeras visitas muy preferentes a solicitud de otra Unidad. Su conocimiento permite, en caso de ser elevada, planificar las agendas contando con esta posibilidad. Igualmente puede ser un indicador negativo de calidad en función de los motivos que generen estas consultas, especialmente si son muy elevadas.
 - Fuente: Departamento de Admisión. Explotación de datos e informe por la unidad de Evaluación
 - Cálculo: número total neto de visitas imprevistas capturadas en la agenda de consulta de neurología acumuladas desde el uno de enero hasta final del año
 - Periodicidad y responsable: evaluación semestral por el Jefe de Servicio y el responsable de la UNACE
 - Estándar: tomamos como referencia el año anterior
- Número de pacientes en espera estructural superior a 50 días: la espera estructural es la atribuida al sistema, no generada por las preferencias del paciente. La importancia de este dato radica en el compromiso legal, recogido en el Decreto nº 25/2006, de 31 de marzo [19], de facilitar una primera consulta con atención especializada en el plazo máximo de 50 días.
 - Fuente: Departamento de Admisión. Explotación de datos e informe por la unidad de Evaluación
 - Cálculo: Para cada paciente la demora se define por la diferencia entre la fecha actual y la fecha de solicitud de la consulta especializada. El indicador se calculará con número total de pacientes en espera estructural de consulta que en el momento de su valoración supere los 50 días
 - Periodicidad y responsable: evaluación mensual por el Jefe de Servicio y el responsable de la UNACE. Indicador centinela.
 - Estándar: debe ser igual a cero
- Tiempo de espera estructural medio para primeras consultas: media de días naturales que se tarda en facilitar una cita en la consulta de neurología desde su solicitud. Es un indicador básico de respuesta a la demanda de asistencia.

- Fuente: Departamento de Admisión. Explotación de datos e informe por la unidad de Evaluación
- Cálculo: \sum (sumatorio de) diferencias de tiempo, en días naturales, entre la fecha de la primera consulta y la solicitud de dicha consulta para cada uno de los pacientes atendidos / (dividido por) número total de pacientes atendidos en cada periodo de tiempo
- Periodicidad y responsable: evaluación trimestral por el Jefe de Servicio y el responsable de la UNACE
- Estándar: 30 días, pero el objetivo de la Unidad es ambicioso y se pretende mejorar el resultado de años anteriores y obtener una media a final de año de 25 días
- Demora media prospectiva [24] de primeras consultas: expresa el tiempo, en días naturales, que se tardaría en absorber la totalidad de los pacientes pendientes de cita para primera consulta. A diferencia del indicador anterior nos anticipa la demora prevista, frente a la valorada retrospectivamente.
 - Fuente: Departamento de Admisión. Explotación de datos e informe por la unidad de Evaluación
 - Cálculo: cálculo complejo que se realiza mediante modelos de asignación de consultas futuras, según los huecos disponibles en las agendas, para los pacientes en espera estructural
 - Periodicidad y responsable: evaluación trimestral por el Jefe de Servicio y el responsable de la UNACE
 - Estándar: 30 días, pero el objetivo de la Unidad es mejorar el resultado de años anteriores y obtener una demora media a final de año de 22 días
- Demora media en citación de resultados: expresa el tiempo que se tarda en facilitar una cita sucesiva para la revisión de resultados de pruebas complementarias desde su solicitud.
 - Fuente: Departamento de Admisión. Explotación de datos e informe por la unidad de Evaluación
 - Cálculo: \sum (sumatorio de) diferencias de tiempo, en días naturales, entre la fecha de la consulta sucesiva para la valoración de resultados y la solicitud de dicha consulta para cada uno de los pacientes atendidos en la agenda de resultados / (dividido por) número total de pacientes atendidos en la agenda de resultados durante ese periodo de tiempo
 - Periodicidad y responsable: evaluación trimestral por el Jefe de Servicio y el responsable de la UNACE
 - Estándar: el objetivo de la Unidad es mejorar el resultado de años anteriores y obtener una media a final de año de 15 días

Indicadores de actividad

Reflejan de forma numérica el rendimiento de la Unidad, en parte dato de eficiencia, en relación a los recursos disponibles, y ayudando a la planificación de la actividad futura en base a la experiencia de la capacidad previa.

- Número de primeras consultas realizadas: número total de primeras consultas atendidas a lo largo del año natural. Este indicador de actividad (indicador de proceso) nos informa sobre el rendimiento y la necesaria planificación para ejercicios posteriores según su tendencia.
 - Fuente: Departamento de Admisión. Explotación de datos e informe por la unidad de Evaluación
 - Cálculo: suma total de primeras consultas atendidas en un año en las distintas consultas de la Unidad
 - Periodicidad y responsable: evaluación anual por el Jefe de Servicio y el responsable de la UNACE
 - Estándar: comparativa con años anteriores. Sería deseable una disminución del volumen de primeras consultas en la UNACE conforme se vayan implantando los procesos integrados y las consulta no presenciales
- Número de consultas sucesivas realizadas: número total de consultas sucesivas atendidas a lo largo del año natural. Este indicador de actividad (indicador de proceso) nos informa sobre el rendimiento y la necesaria planificación para ejercicios posteriores según su tendencia.
 - Fuente: Departamento de Admisión. Explotación de datos e informe por la unidad de Evaluación
 - Cálculo: suma total de consultas sucesivas atendidas en un año en las distintas consultas de la Unidad
 - Periodicidad y responsable: evaluación anual por el Jefe de Servicio y el responsable de la UNACE
 - Estándar: comparativa con años anteriores. La evolución puede ser variable en tanto que por un lado disminuirían parte de las revisiones con la integración de los procesos con AP y la posibilidad de las consultas no presenciales. Por otro lado, si se asumen progresivamente pacientes más complejos, actualmente atendidos en el hospital, sería previsible un aumento de las mismas
- Relación de consultas sucesivas respecto de primeras consultas: nos informa sobre el peso relativo de las revisiones de pacientes respecto de pacientes nuevos, relacionado con la cronicidad de las patologías atendidas y las formas de gestión de la consulta.
 - Fuente: Departamento de Admisión. Explotación de datos e informe por la unidad de Evaluación

- Cálculo: cociente entre el número total de consultas sucesivas y primeras consultas atendidas en la Unidad a lo largo de todo el año natural
- Periodicidad y responsable: evaluación anual por el Jefe de Servicio y el responsable de la UNACE
- Estándar: comparativa con años anteriores. El estándar de una consulta general de neurología en la literatura se sitúa entre 2 y 3
- Proporción de consultas fallidas (no asistencia): hace referencia a los pacientes que no acuden a una cita previamente concertada, sin avisar con tiempo suficiente para su sustitución por otro paciente. Cuando el índice es muy elevado deben buscarse fórmulas para asegurar su reducción. En otro caso se verá muy reducida la eficiencia de la consulta.
 - Fuente: Departamento de Admisión. Explotación de datos e informe por la unidad de Evaluación
 - Cálculo: $100 \times$ (multiplicado por) el cociente entre el número total de consultas a las que no asiste el paciente / (dividido por) el número total de consultas programadas en el periodo de tiempo que se valora. Se expresará en tanto por ciento (%). Puede ser interesante separar los datos relativos a las primeras consultas de los de las sucesivas
 - Periodicidad y responsable: evaluación anual por el Jefe de Servicio y el responsable de la UNACE
 - Estándar: comparativa con años anteriores. El estándar de una consulta se sitúa en torno al 11%

Indicadores propios de los objetivos en curso

Se incluyen indicadores que reflejen los proyectos de procesos integrados en algunos de sus aspectos. Este apartado deberá de ir desarrollándose y mejorándose con la experiencia acumulada en los próximos años.

- Instauración de procedimientos integrados: el objetivo antes de finalizar el año en curso es la instauración de al menos un procedimiento integrado con AP
 - Fuente: Memoria de actividades de la Unidad
 - Cálculo: no procede
 - Periodicidad y responsable: evaluación anual por el Jefe de Servicio y el responsable de la UNACE. Trimestral por el responsable de la UNACE del cumplimiento del calendario previsto
 - Objetivo: completar la instauración de un proceso integrado a final del año
- Proporción de consultas de “alta resolución”: hace referencia a la proporción de pacientes atendidos en primera consulta que al finalizar la misma, en una única visita, son dados de alta con el correspondiente informe, independientemente de que se hayan realizado o no pruebas complementarias

- o que las aportase el paciente, tras su realización previa según protocolo, solicitadas desde AP.
- Fuente: Departamento de Admisión. Explotación de datos e informe por la unidad de Evaluación
 - Cálculo: $100 \times (\text{multiplicado por})$ el cociente entre el número total de altas en primeras consultas / (dividido por) el número total de primeras consultas en el periodo de tiempo que se valora. Se expresará en tanto por ciento (%)
 - Periodicidad y responsable: evaluación anual por el Jefe de Servicio y el responsable de la UNACE
 - Objetivo: superior al 35% inicialmente, en sucesivos ejercicios debería aspirarse al 45-50%
- Número de consultas no presenciales: nº consultas realizadas desde AP que se realizan mediante soporte informático o telefónico. Forma parte de uno de los objetivos de la propuesta de gestión, con el propósito de disminuir los desplazamientos del paciente y optimizar la utilización de la consulta.
 - Fuente: Departamento de Admisión. Explotación de datos e informe por la unidad de Evaluación. Debe habilitarse el registro de estas consultas dentro del sistema de gestión de las consultas y capturarse como actividad asistencial no presencial, diferenciando el soporte informático o telefónico
 - Cálculo: número total de consultas no presenciales atendidas a lo largo del año en curso
 - Periodicidad y responsable: evaluación anual por el Jefe de Servicio y el responsable de la UNACE
 - Objetivo: aumento progresivo de la utilización del sistema, previamente no disponible

Indicadores de calidad

Dada la heterogeneidad de las patologías atendidas y la ausencia actual de registros de la actividad asistencial equivalente al CMBD en el ámbito ambulatorio, se proponen como principales indicadores de resultado la realización de encuestas de calidad percibida.

- Encuesta de calidad percibida a pacientes: realización de encuesta telefónica de calidad percibida en una muestra aleatoria de los pacientes atendidos en los seis meses previos en la Unidad.
 - Fuente: Unidad de Calidad del Centro
 - Cálculo: \sum (sumatorio de) puntuaciones de cada encuesta / (dividido por) número total de encuestados
 - Periodicidad y responsable: evaluación anual por el Jefe de Servicio y el responsable de la UNACE

- Objetivo: superar el 70% de la puntuación máxima alcanzable
- Encuesta de calidad percibida en profesionales de AP: realización de encuesta escrita sobre calidad percibida en la población total de facultativos de AP del Área Sanitaria en relación al funcionamiento y resultados de los programas integrados y resto de atención en las consultas de Neurología.
 - Fuente: Unidad de Calidad del Centro
 - Cálculo: \sum (sumatorio de) puntuaciones de cada encuesta / (dividido por) número total de encuestados
 - Periodicidad y responsable: evaluación anual por el Jefe de Servicio y el responsable de la UNACE
 - Objetivo: superar el 70% de la puntuación máxima alcanzable
- Reprogramación de consultas: la suspensión de consultas previamente programadas y con los pacientes citados, y su reprogramación para fechas posteriores, suponen una molestia para los usuarios y reflejan bien una insuficiente planificación, bien la ausencia de planes de contingencia para poder superar circunstancias imprevisibles.
 - Fuente: Departamento de Admisión. Explotación de datos e informe por la unidad de Evaluación
 - Cálculo: $100 \times$ (multiplicado por) el cociente de consultas reprogramadas / (dividido por) número total de consultas en un determinado periodo de tiempo
 - Periodicidad y responsable: evaluación anual por el Jefe de Servicio y el responsable de la UNACE
 - Objetivo: disminuir la cifra del año anterior y situarla por debajo del 3%

Formación y desarrollo de los profesionales

Debe reflejarse el interés por la formación continuada y las facilidades para acceder a la misma por parte de los profesionales de la Unidad así como la difusión de los resultados de los programas de integración en curso para conocimiento del resto de la comunidad sanitaria.

- Número de sesiones clínicas participadas: hace referencia a las sesiones clínicas organizadas por el Servicio de Neurología y por otros Servicios del Área Sanitaria.
 - Fuente: Memoria de actividades de la Unidad
 - Cálculo: número total de sesiones participadas por cada miembro de la Unidad a lo largo del año en curso
 - Periodicidad y responsable: evaluación anual por el Jefe de Servicio y el responsable de la UNACE
 - Objetivo: superior a 40 en un año
- Publicaciones científicas: trabajos relacionados con los procesos de integración en desarrollo publicados en revistas científicas indexadas.

- Fuente: Memoria de actividades de la Unidad
- Cálculo: número de publicaciones científicas de trabajos realizados por facultativos de la Unidad que hayan sido publicadas, o aceptadas para su publicación
- Periodicidad y responsable: evaluación anual por el Jefe de Servicio y el responsable de la UNACE.
- Objetivo: Al menos una en el primer año, posteriormente debe aumentar de forma progresiva

Con la evaluación periódica de los indicadores del cuadro de mando, manteniendo siempre una actitud de escucha activa hacia los pacientes y al resto de los profesionales, y dentro de una cultura enfocada hacia la mejora continua, esperamos poder ofrecer una atención de calidad en el ámbito ambulatorio, mejorando la continuidad asistencial entre la atención hospitalaria y la atención primaria.

En Murcia, a 27 de enero de 2017.

4. BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES DE INFORMACIÓN UTILIZADAS

- [1] Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, 311, de 29 de diciembre de 1978.
- [2] Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, 102, de 29 de abril de 1986.
- [3] Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Boletín Oficial del Estado, 98, de 24 de abril de 2012.
- [4] Orden SCO/528/2007, de 20 de febrero, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Neurología. Boletín Oficial del Estado, 59, de 9 de marzo de 2007.
- [5] FEEN (Fundación Española de Enfermedades Neurológicas). Impacto sociosanitario de las enfermedades neurológicas en España. Informe FEEN. Madrid: 2006 [consultado 2 de diciembre de 2016]. Disponible en: http://www.fundaciondelcerebro.es/docs/imp_sociosanitario_enf_neuro_es.pdf
- [6] Martínez-Vila E, editors. Investigación de enfermedades neurológicas en España. Madrid: Luzán 5; 2010.
- [7] Ley 4/1994, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia. Boletín Oficial del Estado, 243, de 11 de octubre de 1994.
- [8] Ley Orgánica 1/1998, de 15 de junio, de reforma de la Ley Orgánica 4/1982, de 9 de junio, del Estatuto de Autonomía para la Región de Murcia. Boletín Oficial del Estado, 143, de 16 de junio de 1998.
- [9] Real Decreto 1474/2001, de 27 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud. Boletín Oficial del Estado, 312, de 29 de diciembre de 2001.
- [10] Decreto número 93/2001, de 28 de diciembre, por el que se aceptan las competencias y se atribuyen las funciones y servicios del Instituto Nacional de Salud traspasados a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Boletín Oficial de la Región de Murcia, 1, de 2 de enero de 2002.

- [11] Decreto número 27/1987, de 7 de mayo, por el que se delimitan las Áreas de Salud de la Región de Murcia. Boletín Oficial de la Región de Murcia, 126, de 3 de junio de 1987.
- [12] Orden de 24 de abril de 2009 de la Consejería de Sanidad y Consumo, por la que se establece el Mapa Sanitario de la Región de Murcia. Boletín Oficial de la Región de Murcia, 104, de 7 de mayo de 2009.
- [13] Instituto Nacional de Estadística. Cifras oficiales de población resultantes de la revisión del Padrón municipal a 1 de enero de 2016. [Consultado 17 de enero de 2017]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=2852>
- [14] Murcia Salud. El portal sanitario de la Región de Murcia. Área de Salud I (Murcia/Oeste). [Consultado 5 de noviembre de 2016]. Disponible en: http://www.murciasalud.es/caps.php?op=mostrar_area&id_area=1&idsec=408
- [15] Servicio Regional de Empleo y Formación. Informe sobre el Mercado Laboral en la Región de Murcia 2º trimestre 2016. [Consultado 5 de diciembre de 2016]. Disponible en: [http://www.sefcarm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=15239&IDTIPO=246&RAS_TRO=c\\$m5082,5147,6851,53189](http://www.sefcarm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=15239&IDTIPO=246&RAS_TRO=c$m5082,5147,6851,53189)
- [16] Murcia Salud. El portal sanitario de la Región de Murcia. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. [Consultado 10 de noviembre de 2016]. Disponible en: <https://www.murciasalud.es/pagina.php?id=7665&idsec=797>
- [17] Instituto Murciano de Acción Social. Directorio de Centros en la Región de Murcia. [Consultado 14 de noviembre de 2016]. Disponible en: [http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=21501&IDTIPO=100&RASTR_O=c697\\$m3611](http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=21501&IDTIPO=100&RASTR_O=c697$m3611)
- [18] Oficina de la Transparencia y la Participación Ciudadana. Resumen de los principales datos de los conciertos sanitarios suscritos por el SMS en el ejercicio 2015. [Consultado 5 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://transparencia.carm.es/documents/184026/1656131/Informe+datos+Conciertos+SMS+2015.pdf/ed0460b5-d0d4-4075-b830-f2ee130f855c>
- [19] Decreto número 25/2006, de 31 de marzo, por el que se desarrolla la normativa básica estatal en materia de información sobre listas de espera y se establecen las medidas necesarias para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones del sistema sanitario público de la Región de Murcia. Boletín Oficial de la Región de Murcia, 82, de 8 de abril de 2006.
- [20] Más G. Asistencia neurológica ambulatoria. In: Morera J, editors. Manual de gestión para neurólogos. Barcelona: Ediciones SEN; 2012, p.660-88.

- [21] Catalá J, Escudero J. Asistencia Integrada. In: Morera J, editors. Manual de gestión para neurólogos. Barcelona: Ediciones SEN; 2012, p. 756-78.
- [22] Ramírez JM. Alternativas a la asistencia tradicional. In: Morera J, editors. Manual de gestión para neurólogos. Barcelona: Ediciones SEN; 2012, p.732-54.
- [23] Huerta M. Coordinación con otros dispositivos asistenciales. In: Morera J, editors. Manual de gestión para neurólogos. Barcelona: Ediciones SEN; 2012, p.710-30.
- [24] Santos OP, Gyorko-Gyorkos AS, Basanta MP. Análisis del nuevo sistema de información de listas de espera del Sistema Nacional de Salud. Rev Admin Sanit. 2004; 2: 125-46.

Anexo: distribución geográfica de las Zonas Básicas de Salud que conforman el Área I de Salud.

- ZBS N° 1: ALCANTARILLA
 - Municipio de Alcantarilla (casco urbano) correspondiente con el distrito y las secciones censales siguientes: Distrito 1, secciones censales 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 16, 19 y 20
- ZBS N° 2: ALCANTARILLA/SANGONERA LA SECA
 - Municipio de Alcantarilla (casco urbano) correspondiente con el distrito y las secciones censales siguientes: Distrito 1, secciones: 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 21, 22, 23 y 24
 - Pedanías del término municipal de Murcia: Sangonera la Seca, Barqueros y Cañada Hermosa; correspondientes con el distrito y las secciones censales siguientes: Distrito 7, secciones: 1 (Barqueros y Cañada Hermosa), 24, 25 -parcial-, 32 y 33 (Sangonera la Seca)
- ZBS N° 3: ALHAMA
 - Municipio de Alhama
 - Municipio de Librilla
- ZBS N° 5: MULA
 - Municipio de Mula
 - Municipio de Albudeite
 - Municipio de Campos del Río
 - Municipio de Pliego
- ZBS N° 8: MURCIA/ESPINARDO
 - Pedanías del término municipal de Murcia: Guadalupe, El Puntal y el barrio de Espinardo, correspondientes con los distritos y secciones censales siguientes: Distrito 1, secciones: 40, 41, 42, 43, 44, 46 y 49 (barrio de Espinardo). Distrito 4, secciones: 1, 2 y 42 (pedanía de El Puntal). Distrito 7, secciones: 8, 9, 10 y 35 (pedanía de Guadalupe)
- ZBS N° 10: MURCIA/SAN ANDRÉS
 - Municipio de Murcia (casco urbano): barrios de San Andrés, San Antón, San Miguel, San Antolín, San Nicolás, San Pedro y Santa Catalina y la pedanía de La Arboleja, correspondientes con los distritos y secciones censales siguientes: Distrito 1, secciones: 10, 11, 12, 13, 18, 21, 47 y 48 (San Antón) 22, 24 -parcial-, 28 (San Miguel -incompleto-), 25, 26 (San Andrés), 27, 29 y 30 (San Nicolás) 31, 32 (Santa Catalina), 35 y 37 (San Pedro), 33, 34, 36 y 52 (San Antolín). Distrito 7, secciones: 14 y 15 (La Arboleja)
- ZBS N° 19: MURCIA/LA ÑORA
 - Pedanías del término municipal de Murcia: Javalí Nuevo, Javalí Viejo, La Ñora, Rincón de Beniscornia y Puebla de Soto, correspondientes con el distrito y las secciones censales siguientes: Distrito 7, secciones: 2, 3 (pedanía de Javalí Nuevo), 4, 5 (pedanía de Javalí Viejo), 6, 7

- (pedanía de La Ñora), 18 (pedanía de Rincón de Beniscornia) y 21 (pedanía de Puebla de Soto)
- ZBS N° 20: MURCIA/NONDUERMAS
 - Pedanías del término municipal de Murcia: Rincón de Seca, La Raya, Nonduermas, Era Alta y San Ginés, correspondientes con los distritos y secciones censales siguientes: Distrito 5, sección 5 (pedanía de San Ginés). Distrito 7, secciones: 16 y 17 (pedanía de Rincón de Seca), 19 y 20 (pedanía de La Raya), 22 y 23 (pedanía de Nonduermas), 27 y 28 (pedanía de Era Alta)
 - ZBS N 21: MURCIA/LA ALBERCA
 - Pedanías del término municipal de Murcia: La Alberca y Santo Ángel, correspondientes con el distrito y las secciones censales siguientes: Distrito 5, secciones: 17, 18, 19, 20, 33, 34, 38 y 39 (pedanía de La Alberca) 21, 22 y 35 (pedanía de Santo Ángel)
 - ZBS N° 22: MURCIA/ALGEZARES
 - Pedanías del término municipal de Murcia: Algezares, Los Garres y Los Lages, correspondientes con los distritos y secciones censales siguientes: Distrito 5, secciones: 23, 24, 25 y 40 (pedanía de Algezares). Distrito 6, secciones: 4, 5, 6, 29 y 30 (pedanías de Los Garres y Los Lages)
 - ZBS N° 23: MURCIA/EL PALMAR
 - Pedanía del término municipal de Murcia: El Palmar, correspondiente con el distrito y las secciones censales siguientes: Distrito 5, secciones: 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 37 y 41
 - ZBS N° 24: MURCIA/CAMPO DE CARTAGENA
 - Pedanías del término municipal de Murcia: Corvera, La Murta, Carrascoy, Baños y Mendigo, Los Martínez del Puerto, Valladolides y Lo Jurado, Gea y Truyols, Jerónimo y Avilese, Sucina, Lobosillo y Los Conesas, correspondientes con el distrito y las secciones censales siguientes: Distrito 8, secciones: 1 y 6 (pedanías de Corvera, La Murta, Carrascoy y Baños y Mendigo), 2 (pedanías de Los Martínez del Puerto y Valladolides y Lo Jurado), 3 (pedanías de Gea y Truyols, Jerónimo y Avilese), 4 (pedanía de Sucina) y 5 (Lobosillo y Los Conesas)
 - ZBS N° 74: MURCIA/SANGONERA LA VERDE
 - Término municipal de Murcia, pedanía de Sangonera la Verde y las localidades de Torre Guil y La Vereda (Molino Vereda y Cuevas del Norte), correspondientes con los distritos y secciones censales siguientes: Distrito 5, secciones: 1, 2, 3, 4 y 32 (Sangonera la Verde). Distrito 7, sección 25 -parcial
 - ZBS N° 80: MURCIA/ALJUCER
 - Municipio de Murcia, pedanía de Aljucer, correspondiente con el distrito y las secciones censales siguientes: Distrito 7, secciones: 11, 26, 29, 30, 31 y 34