



UNIVERSIDAD DE SEVILLA

Facultad de Medicina  
Departamento de Cirugía

Gestión de la calidad asistencial en  
Cirugía Oral y Maxilofacial: Análisis de  
15 años de registros de actividad del  
servicio de Cirugía Maxilofacial del  
Hospital Universitario "Virgen del Rocío"

TESIS DOCTORAL

ALVARO GARCIA-PERLA GARCIA

Sevilla, 2004



FACULTAD DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA

Don ALVARO GARCÍA PERLA. Doctor en Medicina y Cirugía. Profesor Titular (Jubilado) del Departamento de Cirugía de la Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla, CERTIFICA QUE:

El Licenciado en Medicina y Cirugía Don ALVARO GARCÍA-PERLA GARCÍA, ha realizado bajo mi dirección el trabajo de investigación titulado GESTIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL: ANÁLISIS DE 15 AÑOS DE REGISTROS DE ACTIVIDAD DEL SERVICIO DE CIRUGÍA MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO "VIRGEN DEL ROCÍO", con el que opta al grado de Doctor.

En dicha investigación ha actuado como tutor Don MANUEL MURGA SIERRA, Profesor Titular del Departamento de Cirugía.

Sevilla, Febrero de 2004

El Director

El Tutor

Fdo. Prof. ALVARO GARCÍA PERLA

Fdo. Prof. MANUEL MURGA SIERRA



FACULTAD DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA

TESIS DOCTORAL

**GESTIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL  
EN CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL:  
ANÁLISIS DE 15 AÑOS DE REGISTROS DE AC-  
TIVIDAD DEL SERVICIO DE CIRUGÍA MAXI-  
LOFACIAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO  
“VÍRGEN DEL ROCÍO”**

ALVARO GARCIA-PERLA GARCIA

SEVILLA 2004



UNIVERSIDAD  
de SEVILLA

**El abajo firmante ALVARO GARCÍA-PERLA GARCÍA, con DNI nº 27298317, declara bajo juramento que es el autor del presente trabajo de investigación.**

**Fdo. Alvaro García-Perla**

**Sevilla, enero de 2004**

**A Concha, a Alvaro y Julia  
por apoyarme más de lo  
que ellos suponen. A mis  
padres por su magisterio  
y apoyo incondicional**

## **AGRADECIMIENTOS**

**Al Profesor Alvaro García Perla, mi padre y maestro, sin el que esta Tesis Doctoral nunca se hubiera llevado a cabo.**

**A todos mis compañeros desde el inicio de mi práctica asistencial en Rociana del Condado, el Hospital de la Línea, el Hospital Punta de Europa de Algeciras y el Centro de Salud de La Velada. A la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria y al Dr. Fernández Dovale, presidente de la Comisión de Docencia del Hospital Universitario “Virgen del Rocío”, que me dieron la oportunidad de completar mi formación en el Centro de Salud del Cerro del Aguila, el Centro de Salud Mental Sur-Guadalquivir, el Centro de Especialidades Márqués de Paradas y el Servicio de Urgencias del Hospital General, entre otros lugares.**

**A mis compañeros en el Servicio de Urgencias del Hospital de Traumatología y a todos los médicos que trabajan día y noche en los servicios de urgencias.**

**A los residentes y a los pacientes, por haberme enseñado tanto.**

# ÍNDICE

## INDICE

---

<b><u>1.-JUSTIFICACIÓN</u></b> -----	Pag.1
<b><u>2.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</u></b> -----	Pag.8
<b><u>2.1.-La Calidad y el Sistema Sanitario</u></b> -----	Pag.9
2.1.1.-Conceptos Generales sobre la Calidad-----	Pag.9
2.1.2.-Implantación y Evaluación de la Calidad I-----	Pag.11
-La Empresa y la Calidad-----	Pag.11
-Los Clientes-----	Pag.13
-El Mercado-----	Pag.15
2.1.3.-Implantación y Evaluación de la Calidad II-----	Pag.20
-Del Control de Calidad a la Gestión de la Calidad Total-----	Pag.20
-La Normalización y Certificación-----	Pag.23
2.1.4.-La Calidad Asistencial-----	Pag.28
2.1.5.-La Administración y la Gestión Sanitaria-----	Pag.35
-Conceptos Generales-----	Pag.35
-Gestión Sanitaria y Economía de la Salud. La Contención del Gasto Sanitario-----	Pag.36
2.1.6.-Historia y Evolución de los Sistemas Sanitarios Públicos-----	Pag.43
2.1.7.-Desarrollo del Sistema Nacional de Salud Español-----	Pag.53



## INDICE

---

-Organización General-----	Pag.53
-El Hospital y el Area de Salud-----	Pag.56
-Organos Directivos del Hospital-----	Pag.60
-Organización de un Servicio Médico-Quirúrgico-----	Pag.65
-Areas de actividad del Servicio-----	Pag.68
-Contenido Funcional de los Puestos Asistenciales-----	Pag.76
-Actividad Docente Hospitalaria: El Hospital Universitario y el Hospital Docente.Los Alumnos de Pregrado y los Médicos Residentes-----	Pag.80
2.1.8.-Nuevas Formas de Gestión de los Servicios Sanitarios-----	Pag.85
2.1.9.-Los Sistemas de Información y Codificación-----	Pag.95
2.1.10.-La Protocolización y Programación de actividades-----	Pag.107
2.1.11.-La Gestión de Recursos Humanos-----	Pag.110
-Aspectos Generales-----	Pag.110
-Motivaciones e Incentivos del Personal Facultativo-----	Pag.112
2.1.12.-La Seguridad Jurídica y la Gestión de Riesgos-----	Pag.121
<b><u>2.2.-La Calidad y la Cirugía Oral y Maxilofacial-----</u></b>	<b>Pag.131</b>
2.2.1.-Concepto y definición de la C.Maxilofacial.¿Cirugía Oral?-----	Pag.131
2.2.2.-Breve reseña histórica de la Especialidad-----	Pag.133

## INDICE

---

2.2.3.-Ordenamiento Jurídico y Bases Legales de la C.O. M.F.-----	Pag.136
-La Especialidad en España-----	Pag.137
-La Especialidad en Europa-----	Pag.139
-La Especialidad en USA y el Resto del Mundo-----	Pag.141
2.2.4.-Contenido y Práctica de la Especialidad-----	Pag.143
-Contenido de la Especialidad-----	Pag.143
-La Práctica Asistencial-----	Pag.153
-La Cartera de Servicios-----	Pag.157
-La Superespecialización-----	Pag.159
2.2.5.-Conocimiento Público de la Especialidad-----	Pag.162
2.2.6.-La Investigación en C.O.M.F.-----	Pag.165
2.2.7.-Futuro de la Especialidad-----	Pag.173
2.2.8.-Organización y Coordinación Interniveles-----	Pag.180
2.2.9.-Estadísticas asistenciales en C.O.M.F.-----	Pag.181
2.2.10.-Indicadores de calidad en C.O.M.F. El Sistema de Calidad del Servicio Hospitalario-----	Pag.189
2.2.11.-Demanda y Necesidad asistencial-----	Pag.200
2.2.12.-Demora asistencial.La gestión de la Lista de Espera-----	Pag.204
-La Adecuación de los Ingresos-----	Pag.206

## INDICE

---

-La Cirugía Ambulatoria-----	Pag.208
-Tiempos de Espera por patologías-----	Pag.218
2.2.13.-Las Urgencias en C.O. M.F.-----	Pag.221
2.2.14.-La Planificación en C.O.M.F.-----	Pag.225
-La Gestión y la Planificación-----	Pag.225
-Niveles de Planificación-----	Pag.227
-Cálculo de los Recursos-----	Pag.231
<b><u>3.-MATERIAL Y MÉTODO</u></b> -----	Pag.239
3.1.-Material-----	Pag.240
3.2.-Método-----	Pag.242
<b><u>4.-RESULTADOS</u></b> -----	Pag.244
-Análisis de la Evolución de los datos-----	Pag.245
4.1.-Consultas Externas-----	Pag.245
4.2.-Hospitalización-----	Pag.246
4.3.-Urgencias-----	Pag.248
4.4.-Interconsultas-----	Pag.249
4.5.-Actividad Quirúrgica	
-Intervenciones con Anestesia General-----	Pag.250
-Intervenciones con Anestesia Local-----	Pag.256

## INDICE

---

4.6.-Demanda Asistencial-----	Pag.257
4.7.-Demora asistencial-----	Pag.258
4.8.-Medios humanos y materiales-----	Pag.259
<b><u>5.-DISCUSIÓN</u></b> -----	Pag.261
5.1.-Consultas Externas-----	Pag.262
-Primeras Visitas	
-Visitas Sucesivas	
5.2.-Hospitalización-----	Pag.265
5.2.1.-Ingresos-----	Pag.265
-Ingresos Programados	
-Ingresos Urgentes	
5.2.2.-Traslados Intrahospitalarios-----	Pag.267
5.2.3.-Altas y Exitus-----	Pag.267
5.2.4.-Estancia Media-----	Pag.268
5.2.5.-Indice de Ocupación-----	Pag.269
5.3.-Urgencias-----	Pag.270
5.4.-Interconsultas-----	Pag.270
5.5.-Actividad Quirúrgica-----	Pag.270
-Intervenciones bajo Anestesia General	

## INDICE

---

-Intervenciones con Anestesia Local	
5.6.-Demanda y Demora Asistencial.La Lista de Espera-----	Pag.274
5.7.-Discusión Global-----	Pag.277
<b><u>6.-FIGURAS</u></b> -----	Pag 282
<b><u>7.-RESUMEN</u></b> -----	Pag.299
<b><u>8.-CONCLUSIONES</u></b> -----	Pag.310
<b><u>9.-ANEXOS</u></b> -----	Pag.314
9.1.-CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFER- MEDADES (CIE -9- MC), adaptada para la C.O.M.F.	
-Clasificación de Diagnósticos-----	Pag.315
-Clasificación de Procedimientos-----	Pag.329
9.2.-Listado de GRUPOS RELACIONADOS CON EL DIAGNÓSTICO (GRDs), adaptado para la C.O.M.F.-----	Pag.348
9.3.-Board Europeo de Cirugía Maxilofacial (E.B.O.M.F.S.)-----	Pag.354
<b><u>10.-BIBLIOGRAFÍA</u></b> -----	Pag.391

# **1.-JUSTIFICACION**

Debido a mi entorno familiar (-soy nieto, hijo, sobrino, hermano,...de médicos) antes incluso del inicio de mi práctica asistencial como Licenciado en Medicina, y luego como residente de Medicina Familiar y Comunitaria en el año 1991 he podido apreciar en las últimas décadas una auténtica revolución en la concepción tradicional de la atención sanitaria y la relación médico-paciente, sobre todo en el ámbito de la asistencia pública.

En el tradicional encuentro entre “una confianza y una conciencia”, se introducen más o menos repentinamente un conglomerado de aspectos sociales, políticos, legales y económicos que muchos no han acabado de “digerir”.

Comenzada mi práctica profesional, los cambios socio-económicos de principios de los noventa, los cambios políticos, legislativos y laborales, sin olvidar los inherentes al propio avance científico, despertaron excesivas dudas en aquel médico neófito necesitado de algunas “verdades”.

Más de una década después, con una trayectoria profesional centrada en el ámbito de las urgencias hospitalarias como Médico de Familia de Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias, es más fácil mantener el equilibrio, pero sin duda el suelo se sigue moviendo bajo nuestros pies.

Por otra parte, sobre la carencia absoluta de formación académica de pre-

grado en estos temas de crucial importancia para el adecuado desempeño profesional (la economía, el derecho y la gestión sanitaria) y lo que probablemente sea peor, el aprendizaje de las asignaturas del currículo al margen de las mismas, la universidad no puede eludir su responsabilidad.

En este sentido, este trabajo es muestra de un esfuerzo para analizar como estos factores son a menudo motivo de incomodidad, insatisfacción o tensiones para el “triángulo” gestor, profesional y usuario.

Por lo tanto, desde que me planteé la realización de este trabajo de investigación, supe cual era el tema sobre el que tendría que girar: comprender y hacer comprender mejor estas a veces difíciles relaciones de quienes están condenados a entenderse.

Dada la importancia del grado académico al que aspiro, hay dos aspectos de mi máxima preocupación:

- Acreditar ante la autoridad académica la plena capacidad investigadora de este doctorando.
- Desarrollar una investigación original y novedosa

Afortunadamente, el director del trabajo me ofrece la posibilidad de conseguir todos estos objetivos, profundizando en una línea de investigación has-



ta ahora poco desarrollada: la salud pública y la planificación sanitaria en el ámbito de la Cirugía Oral y Maxilofacial.

Este trabajo pensamos, se beneficiaría de mi interés por estos temas, plasmado en algunas publicaciones y de mi formación de posgrado en diferentes niveles (probablemente todos) del Sistema Sanitario Público.

Sin duda no hubiera podido ni siquiera iniciarse sin la disposición del director a resolver mis abundantes dudas en aspectos asistenciales y docentes de la Cirugía Oral y Maxilofacial.

Para estructurar el trabajo, comenzamos por resaltar el eje que lo sustenta: la problemática económica de la moderna asistencia sanitaria pública que amenaza con hipotecar no ya su calidad, sino incluso su pervivencia.

Y es que tenemos que admitir que en nuestro contexto sencillamente no es posible “Todo, para todos, y gratis”, al menos de manera sostenida (sostenible). Habría una fácil solución que estriba en eliminar alguna de las premisas del sistema (¡elija solo dos!), ¿pero cual?

Realizando un análisis “molecular” del Sistema sanitario encontramos:

- La Estructura: El Modelo de Sistema Sanitario, su organización y financiación.
- Los Procesos: Las prestaciones del hospital y servicio sanitario.

-Los Resultados: La realización y evaluación de las actuaciones médicas.

Desde el comienzo del nuevo Sistema de Salud surgido de la Ley 14/86 se pone de manifiesto que la estructura sanitaria y los procesos tradicionales no desembocan en los resultados apetecidos. Tenemos de nuevo tres elementos en una mezcla inestable: estructura, procesos y resultados; pero podemos “estabilizar” el sistema sacrificando uno: la calidad de las prestaciones de la sanidad pública (los resultados).

Considerando ésta irrenunciable, se impone actuar sobre las otras dos. Pero los procesos (el software –palabra intraducible-), no pueden actualizarse sin modificar la estructura (el hardware). Se inicia así una enfebrecida carrera para investigar como modificar la estructura tradicional del sistema, o mejor aún crear estructuras nuevas. Estas pasan a veces precipitadamente del “plano de las ideas”, a la experimentación (pilotajes), para después corregirse o incluso eliminarse más o menos discretamente.

Será difícil para muchos profesionales convertidos de la noche a la mañana en “cobayas” no añorar la estructura tradicional, y preguntarse si la solución no pasará por crear “más estructuras”. Hay sin duda, un nuevo clima profesional que produce no pocas desmotivaciones.

Y si la multiplicación de estructuras es inviable por imperativo económico,

en un marco de cobertura universal (“para todos”), de una financiación limitada del Sistema Sanitario Público (“gratis”), y de exclusión explícita de pocas prestaciones (“todo”) sólo nos queda determinar las características de la prestación sanitaria que ofrece el sistema, ajustando lo que tenemos que hacer, a lo que hacemos y a los resultados que obtenemos..

Y es que, aunque en principio pudiera resultar paradójico, postulamos que el camino más corto para aunar todas estas inquietudes, es profundizar en el estudio de los modernos sistemas de calidad de la asistencia sanitaria. Porque, como iremos viendo en el desarrollo del trabajo: la calidad puede ser el principio, el medio y el fin de una asistencia adecuada desde el punto de vista del gestor, del profesional y del paciente.

Asumiendo que se puede (y se debe) evaluar la práctica médica, necesitamos dotarnos de instrumentos de medida que evalúen nuestros esfuerzos, y determinen la satisfactoriedad de nuestros resultados permitiéndonos compararnos con la “mejor práctica posible”, y con las prácticas de otros servicios.

Pero además ¿Podemos ser más eficientes?, ¿Podemos tener resultados comparables a los de los mejores a menor costo?. Esto es sin duda un importante reto.

Todo empieza con la implantación de un adecuado sistema de registro de

datos de nuestra actividad (sistema de información). Luego, los adecuados instrumentos de medida de esta actividad permitirán controlar o incluso monitorizar nuestra calidad asistencial.

Tras revisar detalladamente todos estos aspectos, primero de modo genérico y a continuación sus implicaciones en la moderna asistencia sanitaria, concretaré todos ellos sobre un Servicio de Cirugía Maxilofacial, del que manejaremos los datos reales de actividad entre los años 1987 a 2001.

Como es obvio, la elección del tipo de servicio sanitario, y del servicio concreto que se convierte en objeto del estudio, se ha debido a la personalidad autoritaria y decidida colaboración del director del trabajo.

## **2.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

## **2.1.- LA CALIDAD Y EL SISTEMA SANITARIO**

### **2.1.1-CONCEPTOS GENERALES SOBRE LA CALIDAD.**

Podemos encontrar varias definiciones sobre Calidad. Según el Diccionario de la Real Academia Española <sup>1</sup> (DRAE) es “la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su espacio”.

Profundizando en su acepción empresarial debemos dejar de lado la creencia vulgar que confunde calidad con lujo, o con niveles “superiores” de atributos (más atributos o atributos mas caros) del producto o servicio, para aceptar considerar como calidad las definiciones generadas por la American Society for Quality (ASQ)<sup>2</sup> y la European Foundation for Quality Management (EFQM)<sup>3</sup> esto es, “el conjunto de propiedades de un proceso o servicio que le confieren su aptitud para satisfacer las necesidades expresadas o implícitas”(de los clientes).

Para la Asociación Española para la Calidad (AEC)<sup>4</sup> la calidad es “el conjunto de características de un proceso o servicio orientadas a su capacidad para satisfacer las necesidades del usuario”.

Por tanto, en consonancia con estas definiciones, es la adecuación del pro-

producto o servicio a las necesidades del cliente o usuario lo que define su calidad.

Y aunque en principio, no podamos concebir cubrir estas expectativas sin un incremento de los costos, si las operaciones se realizan con calidad, es decir, se realizan bien “a la primera” y no es necesario rechazar productos o servicios defectuosos (y volver a realizarlos), ni atender reclamaciones o hacer frente a indemnizaciones a los clientes, podremos reducir los costes de nuestra empresa. Y de esta forma, en un mercado liberalizado, globalizado y con consumidores cada vez más exigentes, la calidad se ha convertido en la clave de la competitividad y, por tanto, del desarrollo o incluso la supervivencia de la empresa <sup>5</sup>.

En consonancia con todo ello, en los últimos años, los Sistemas Sanitarios Públicos han encontrado en la implantación de políticas de calidad, la forma de aunar la satisfacción del usuario de sus servicios con la aportación económica más ajustada posible.

Si el inicio de la historia de los Sistemas Sanitarios Públicos puede identificarse con una “época de expansión”, cuyo escaso control pudo contribuir a una posterior y más reciente “época de recesión”, hemos aprendido que si

en el futuro el sistema pretende mantener un funcionamiento regular independientemente de los vaivenes de la macroeconomía ( y de desacertadas políticas económicas nacionales), se impone una “época de evaluación”.

Solo mediante adecuados sistemas de evaluación de las necesidades de los clientes, y de la oferta de servicios y productos satisfactorios (que cumplan las especificaciones preestablecidas); y de la realización correcta “a la primera” de los mismos (al mínimo coste), podemos estar seguros del uso adecuado del dinero público.

### **2.1.2.-IMPLANTACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA CALIDAD I**

#### **-La Empresa y la Calidad**

Hemos visto como el sentido del término Calidad ha evolucionado a lo largo de los años, pasando de ser un atributo del producto a un concepto relativo ligado al binomio producto/cliente <sup>6</sup>

Según Ishikawa <sup>7</sup>, ”trabajar en calidad consiste en diseñar, producir y servir un bien, lo más económico posible, y siempre satisfactorio para el usuario”. Para Juran <sup>8</sup>”la calidad es la idoneidad, aptitud o adecuación al uso del producto o servicio”.



en el futuro el sistema pretende mantener un funcionamiento regular independientemente de los vaivenes de la macroeconomía ( y de desacertadas políticas económicas nacionales), se impone una “época de evaluación”.

Solo mediante adecuados sistemas de evaluación de las necesidades de los clientes, y de la oferta de servicios y productos satisfactorios (que cumplan las especificaciones preestablecidas); y de la realización correcta “a la primera” de los mismos (al mínimo coste), podemos estar seguros del uso adecuado del dinero público.

### **2.1.2.-IMPLANTACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA CALIDAD I**

#### **-La Empresa y la Calidad**

Hemos visto como el sentido del término Calidad ha evolucionado a lo largo de los años, pasando de ser un atributo del producto a un concepto relativo ligado al binomio producto/cliente <sup>6</sup>

Según Ishikawa <sup>7</sup>, ”trabajar en calidad consiste en diseñar, producir y servir un bien, lo más económico posible, y siempre satisfactorio para el usuario”. Para Juran <sup>8</sup>”la calidad es la idoneidad, aptitud o adecuación al uso del producto o servicio”.

Esto quiere decir que la calidad se juzga según la percibe el cliente o usuario y no según la ve el proveedor (profesional o empresa).

Tres tipos de necesidades-demandas de los clientes se corresponden con tres exigencias de calidad <sup>9</sup>:

-La calidad requerida:

Corresponde a los atributos indispensables que el cliente pide al expresar sus necesidades y que la empresa debe conocer actualizadamente y en todos sus términos para satisfacerlas. En algunos servicios públicos estas exigencias (mínimas) requeridas del servicio, están expresadas en la legislación.

Veamos un ejemplo; la valoración y tratamiento (adecuado) en urgencias de una “odontalgia” debe incluir al menos:

.Adecuada valoración médica, información y realización de informes

.Derecho a reclamar por un servicio insatisfactorio.

-La calidad esperada.Expectativas de calidad.

Incluye atributos del producto o servicio, no siempre expresados, pero que el cliente desea como complemento del servicio requerido.

El incumplimiento de estas expectativas provocará discomfort en

el cliente. Por ejemplo, en el caso anterior:

- .Acceso rápido al servicio, trato amable y “personalizado”.
- .Entorno limpio y confortable. Mobiliario adecuado.
- .Uniformidad y comportamiento “adecuado” del personal
- .Facilitación de vuelta al domicilio y adecuado seguimiento.
- .Adecuado servicio de información y quejas.

#### -La calidad potencial.

Características del servicio, que el cliente desconoce y sobre las que no tiene expectativas, pero que si se las ofrecemos, valora positivamente. Siguiendo con nuestro ejemplo serían:

- .Entorno lujoso
- .Posibilidad de hacer llamadas telefónicas, ver TV, cine..
- .Pantallas de información.
- .Acceso a alimentos, bebidas, etc...

#### **-Los clientes y la Calidad**

Para Alonso<sup>6</sup> los clientes tienen una serie de características que es necesario tener en cuenta, sin detenernos en juicios de valor sobre ellas:

-Normalmente no expresa sus sensaciones, salvo cuando no está satisfe-

cho, y en este caso la mayoría ni siquiera lo expresa, simplemente cambia de proveedor. Sólo una minoría expresa abiertamente su insatisfacción, y muy a menudo en lugares inadecuados (cualquier empleado, entorno familiar, prensa...), dificultando la productividad de la empresa y perjudicando su mayor activo, su prestigio <sup>10</sup>.

-El cliente es exigente, y está dispuesto a protestar, o a cambiar de proveedor al mínimo fallo.

-El cliente se considera único, y desea ser tratado de modo diferente a los demás (Demanda de trato personalizado).

-El cliente no es fiel y tiende a dirigirse al mejor postor.

-El cliente no siempre sabe lo que quiere, pero puede que se contente con lo que le gusta, o incluso con lo que le gusta a “la mayoría”.

Para asegurar (garantizar) la calidad de nuestro producto o servicio, debemos comprobar los dos extremos del binomio producto-cliente : que el producto se adecua a las especificaciones requeridas, esto es que tiene “Calidad real”(o calidad técnica), y además investigar la satisfacción del cliente con el servicio recibido, o “Calidad percibida”.

Numerosos estudios, apuntan a una frecuente discordancia entre estos dos parámetros, pero en todo caso la medida que importa es la Calidad Percibi-

da, ya que va a ser la que, para el mercado, califica el servicio como válido o no y lo compara con sus competidores.

### **-El mercado y la Calidad**

Ya hemos comentado que el cliente no expresa fácilmente sus necesidades, sus expectativas ni su nivel de satisfacción (y a menudo no sabe lo que quiere). Por tanto, es fundamental para la empresa desarrollar sistemas de investigación del mercado (conjunto de clientes).

Los sistemas de investigación comercial más usados son los siguientes:

#### **-Las encuestas de satisfacción.**

Tienen el inconveniente de que suelen ser cuestionarios cerrados, por lo que el campo de investigación (universo) es reducido.

En servicios públicos con un elevado número de usuarios, las opiniones de unos pocos pueden ser poco representativas. Por otra parte, las sospechas de poder ser identificado, pueden reducir la fiabilidad de las respuestas. Debe probarse previamente, que el resultado final, aportará datos significativos.

En una encuesta anual gestionada por el CIS (Centro de Investigaciones Sociológicas)<sup>11</sup> se desprende que en el 2002 :

.Los españoles consideran la Sanidad como el asunto que más les intere-

sa (31%),seguido de la educación y la seguridad.

.El 47.7% de los encuestados considera que el Sistema Sanitario Público español funciona “bien” (aunque necesite algunos cambios).

.El 18,4% considera que funciona “bastante bién”.

.La valoración en general de la sanidad por los ciudadanos es de 5.94 puntos sobre 10.

Mostramos un ejemplo de este tipo de encuesta y sus resultados referidos al Servicio Andaluz de Salud en la **FIGURA 1** (Pag.283).

#### -Las entrevistas individuales o de grupo.

Permiten una investigación mucho más creativa,pero tienen el inconveniente de tener un coste elevado.

#### -Las reclamaciones de los clientes.

Aunque es un método potencialmente útil,debemos recordar que solo una minoría de clientes insatisfechos pasan por el trámite de la reclamación escrita.En algunos estudios se postula además que la mayoría de estas quejas son improcedentes <sup>12 13</sup>.

#### -Las opiniones de los empleados.

Pueden ser útiles, aunque sólo aporten una visión parcial, por su conocimiento de los productos y su contacto con los clientes.

-Otros sistemas: El cliente misterioso.

La propia empresa, introduce en el servicio a estudiar una persona entrenada en técnicas de evaluación de la calidad.

Disponemos en la bibliografía de escasas referencias sobre satisfacción de los pacientes tratados en servicios de Cirugía Maxilofacial. En un estudio realizado en 1988 en el Centro Dental Eastman de la Universidad de Rochester<sup>14</sup> durante 18 meses, se realizaron tres preguntas a los pacientes en los que se realizó exodoncia del tercer molar: "satisfacción en general", "satisfacción interpersonal", y "satisfacción en cuanto al coste".

A nuestro juicio las conclusiones son poco rigurosas.

Está clara la relación entre expectativas y satisfacción del cliente. A menores expectativas, sin duda habrá mayor conformidad con respecto al resultado. En este sentido, existe un trabajo realizado en 1991 sobre 65 pacientes de más de 25 años sometidos a cirugía ortognática<sup>15</sup>. La primera cuestión a discernir era el motivo que les empujó a la intervención. La mayoría de ellos responden que son más importantes las alteraciones funcionales que las estéticas. Sin embargo, corregidas las alteraciones funcionales, varios de estos pacientes reconocían no encontrarse satisfechos por no haberse cumplido sus expectativas estéticas (no manifestadas).

Y ¿Cómo medimos la calidad técnica de nuestras actuaciones?, o ¿tenemos que resignarnos a valorar nuestros resultados de calidad únicamente en términos de satisfacción del cliente, como calidad percibida?

Consideramos que existen, en este sentido, fundamentalmente dos aspectos a valorar:

-Análisis de la supervivencia

-Calidad de vida al alta

Existen múltiples estudios sobre supervivencia en el cáncer oral. En uno de ellos <sup>16</sup>, se analizan 375 casos de neoplasias avanzadas (estadios T3 y T4) que siguieron tratamiento con cirugía, radio y quimioterapia. La cirugía fue en todos los casos ablativa, con vaciamiento cervical y reconstrucción con colgajos. La supervivencia a los 5 años alcanzó el 47.8%. Pero más interés nos suscita la valoración de la calidad de vida del paciente tras la cirugía.

En este sentido, las diferentes escalas existentes valoran, o bien la independencia <sup>17</sup>, o bien la presencia de secuelas en el paciente <sup>18</sup>.

En el referido estudio, se destaca que tras la reconstrucción el 58% podía masticar, y tras la colocación de implantes osteointegrados, lo hacía el 100%.

El habla fue buena o muy buena en el 63%. La estética, según los pacientes y familiares, fue buena en el 57%, y muy buena en el 28%.



Estudiando la funcionalidad masticatoria en los pacientes sometidos a hemimandibulectomía, Patel <sup>19</sup> observa poca variación en casos de hemimandibulectomía total versus segmentaria, siendo las actuaciones bilaterales <sup>20</sup> las que significativamente afectan la funcionalidad. Probablemente los resultados serían aún mejores en presencia de mejores técnicas de rehabilitación oromaxilofacial.

Centrándonos de nuevo en la supervivencia, otro estudio <sup>21</sup> revisa, en 1998, 381 pacientes intervenidos de cáncer oral en nuestro medio, obteniendo las siguientes supervivencias en función del estadio clínico: T1: 84.08%; T2: 63.41%; T3: 44.82% y T4: 40.63%.

Volviendo a la valoración de la “calidad percibida”, decir que en cuanto a las reclamaciones, no hemos hallado ningún estudio referido a la especialidad de Cirugía Maxilofacial, pero recordemos que el derecho a reclamar es un derecho mínimo del consumidor <sup>13</sup>, y que es una minoría de clientes insatisfechos los que recurren a la reclamación escrita, probablemente porque desconfían de su eficacia.

Finalmente, y en consonancia con la aspiración de calidad, podemos también congratularnos si conseguimos aplicar técnicas alternativas, igualmente eficaces pero de menor coste económico (más coste-efectivas). En este sen-

tido, con referencia al cáncer oral, en otro estudio <sup>22</sup> el autor se decanta por la reconstrucción orofacial con colgajo libre radial por el mayor índice de curación primaria, y los menores costos valorados en días de estancia, tiempo quirúrgico, necesidad de UCI y uso de implantes aloplásticos.

### **2.1.3.-IMPLANTACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA CALIDAD II**

#### **-Del Control de Calidad a la Gestión de la Calidad Total**

El control de calidad <sup>23</sup> es el acto de examinar el producto, para determinar si en él se cumplen las especificaciones preestablecidas.

Es el proceso a través del que se mide la “calidad real”. Se comparan los resultados con los estándares y se cuantifican las desviaciones. No debería pretender más que detectar perturbaciones o fallos esporádicos, dentro de una concepción de la calidad impregnada en la cultura de la empresa.

Se puede encargar el control de calidad a un elemento externo a la empresa: un inspector por ejemplo <sup>24</sup>. Es la llamada auditoría (de calidad).

Pero sin duda es mejor conseguir un autocontrol, en el que el propio trabajador, mediante una adecuada formación, es capaz de detectar de la forma más precoz posible los errores. De esta forma avanzamos hacia el perfeccio-

tido, con referencia al cáncer oral, en otro estudio <sup>22</sup> el autor se decanta por la reconstrucción orofacial con colgajo libre radial por el mayor índice de curación primaria, y los menores costos valorados en días de estancia, tiempo quirúrgico, necesidad de UCI y uso de implantes aloplásticos.

### **2.1.3.-IMPLANTACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA CALIDAD II**

#### **-Del Control de Calidad a la Gestión de la Calidad Total**

El control de calidad <sup>23</sup> es el acto de examinar el producto, para determinar si en él se cumplen las especificaciones preestablecidas.

Es el proceso a través del que se mide la “calidad real”. Se comparan los resultados con los estándares y se cuantifican las desviaciones. No debería pretender más que detectar perturbaciones o fallos esporádicos, dentro de una concepción de la calidad impregnada en la cultura de la empresa.

Se puede encargar el control de calidad a un elemento externo a la empresa: un inspector por ejemplo <sup>24</sup>. Es la llamada auditoría (de calidad).

Pero sin duda es mejor conseguir un autocontrol, en el que el propio trabajador, mediante una adecuada formación, es capaz de detectar de la forma más precoz posible los errores. De esta forma avanzamos hacia el perfeccio-

namiento del producto, entendiendo los errores como “oportunidades de mejora” del mismo, de su producción, o incluso de su planificación y diseño.

Esta “mejora continua de la calidad”, tiende a pasar del nivel ordinario de ejecución del servicio a un nivel superior, considerando siempre mejorable el desempeño habitual, con la mirada puesta en la ejecución “excelente”.

La mejora continua de la calidad sirve para desarrollar nuevos procedimientos, procesos y productos, que corrijan los errores crónicos (sistemáticos) y disminuyan la posibilidad de que se produzcan errores ocasionales.

Según Juran<sup>8</sup>, la gestión de la calidad comprende tres procesos sucesivos: planificación, control y mejora continua de la calidad.

El Gestor de la Calidad busca para conseguir sus objetivos el compromiso y la participación de todos los miembros de la empresa. La autoridad necesaria para implicar a toda la jerarquía de la organización aconseja colocar al responsable del departamento de calidad en un nivel directivo de primer orden.

Una de las facetas más importantes de la gestión de la calidad, es asegurar internamente la política de calidad, es decir, generar la confianza de que los procesos realizados cumplen los requisitos de calidad. Esto se consigue con la ejecución de diversas modalidades de auditorías de calidad, realizadas

por el departamento de calidad de la propia empresa, o bien por entidades independientes, o por organismos oficiales que tras la misma conceden una certificación (acreditación) de la calidad.

La extensión total de la calidad, a toda la empresa ,da lugar a un nuevo concepto: La Gestión de la calidad total (Total Quality Management -TQM-)

La Gestión de la Calidad Total es así el conjunto de principios,de métodos organizados y de estrategia global, que intentan movilizar a toda la empresa para obtener una mejor satisfacción del cliente a un menor coste <sup>25 26</sup>.

Es una cultura de mayor eficacia, eficiencia y flexibilidad de la empresa,y un enfoque que involucra a toda una organización en un objetivo común: elaborar productos o servicios de calidad .Es una filosofía empresarial orientada a la satisfacción del cliente externo, y a la formación,motivación y participación del trabajador (cliente interno) para conseguir una meta de excelencia.

El Sistema de Excelencia de la EFQM,que transcribimos en las **FIGURAS 2 y 3** ( Pag.286), se sustenta en un Sistema de Calidad perfectamente organizado.

La Gestión Integral de la Calidad Total <sup>27</sup>, incluye la gestión de los aspec-

tos empresariales relacionados con la seguridad y salud laboral, (“seguridad” en general ) y con el medio ambiente.

### **-La Normalización y Certificación**

Hasta ahora hemos visto los elementos de un Sistema de Calidad Total, (modelo no paramétrico) aplicable a cualquier empresa de servicios, pero desde nuestro ámbito empresarial, como proveedores ¿Cómo aseguramos -o garantizamos- a nuestros clientes que nuestro producto cumple las especificaciones preestablecidas? A tal fin se han creado unas especificaciones o modelos internacionales de normalización y certificación (N+C), las normas ISO (modelos paramétricos de gestión de la calidad).

La historia de la Normalización (estandarización) de productos comienza en Alemania en 1917 con la creación de la DIN<sup>28</sup> ( Deutsches Institut für Normung -Instituto Alemán para la Normalización- ), que en 1922 publica los formatos de papel vigentes hasta la actualidad. En 1947, en la posguerra mundial se crea la International Standardization Organization -Organización Internacional de Normalización- ( ISO ) para promover las actividades de normalización en el mundo. La DIN es uno de sus miembros, y el socio fundador del Comité Europeo de normalización (CEN) en 1961.

El objetivo fundamental de la normalización es crear unos patrones para

la elaboración de productos, que faciliten su posterior comercio internacional. En este sentido, se dice que "la calidad atribuida se demuestra, mientras que la calidad certificada se tiene".

La Agencia Española de Normalización (AENOR) <sup>29</sup> nace por Orden Ministerial ( del Ministerio de Industria y Energía ), de 26 de Febrero de 1986, con competencias en todos los sectores industriales y de servicios.

Funciona como una empresa privada dependiente de la Entidad Nacional de Acreditación (ENAC). La Ley 21/1992, define las normas UNE <sup>30</sup> como "una especificación técnica de aplicación repetitiva o continuada y de carácter voluntario, establecida con participación de todas las partes interesadas y que aprueba la ENAC".

AENOR ofrece en nuestro país la más completa gama de marcas de certificación (o acreditación) de productos, servicios y sistemas de calidad. Entre ellos están las garantías UNE-EN ISO 9000 (Una Norma Española-Norma Europea- Norma Internacional) y UNE-EN ISO 14001 de sistemas de gestión medioambiental. Y los sistemas de calidad QS 9000, EAQF 94 y VDA 6.1 aplicables al sector de la automoción. AENOR es miembro fundador de la red internacional IQNet (International Quality Network).

Mediante su certificación, AENOR da su conformidad al sistema de cali-

dad de una determinada empresa, en virtud de tres modelos concretos de aseguramientos o registros de empresa (ER), a los que une el certificado IQNet:

- UNE-EN ISO 9001: diseño, desarrollo, producción, instalación y servicio postventa.
- UNE-EN ISO 9002: producción, instalación y servicio postventa
- UNE-EN ISO 9003: inspección y ensayos finales.

Los protocolos ISO requieren la revisión de los ER (y de las propias normas) al menos cada 5 años. También pueden normalizarse productos (N), para los que en general rige la directiva 93/45/CEE<sup>31</sup>, que controla la marca “CE”. La última revisión de las normas ISO 9000 data del año 2000 (normas ISO 9000: 2000)<sup>32</sup>.

En esencia la certificación de una empresa por la norma ISO 9001 se basa en tres principios básicos:

- Documentar lo que se hace
- Hacer lo que se documenta
- Verificar que lo que se hace es lo que está documentado

En general, el desarrollo de las actividades de N+C contribuye a mejorar la calidad de los productos y servicios, así como a defender el medio ambiente.



Los productos certificados, adquieren así un valor competitivo diferencial, que contribuye a facilitar su comercialización, especialmente en la esfera internacional.

En 1951 se crea en Estados Unidos la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)<sup>33</sup>, que comienza a desarrollar estándares de calidad en los servicios sanitarios.

Con el objetivo de promocionar la calidad en el ámbito sanitario, nace en 1989 la Fundación Avedis Donabedian (FAD)<sup>34</sup>. Entre sus actividades se encuentra la gestión de acreditaciones de calidad por los siguientes organismos:

-ISO

-JCAHO

-EFQM (European Foundation for Quality Management)

-EFQM / FAD-JCAHO (Certificación conjunta)

Como ya podemos imaginar, muchos son los beneficios para las empresas registradas (ER) y organizaciones certificadas.

La imagen que proyecta una organización sanitaria certificada por un sistema de calidad, es la de quien posee una cultura de búsqueda de la ex-

celencia.

La Sociedad Española para la Calidad Asistencial (SECA)<sup>35</sup>, fundada en 1983 posee desde el año 2000 un Registro Español de Certificación y Acreditación Sanitaria (RECAS), según el cual en Andalucía, la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (Servicio provincial EPES-061 de Málaga) se encuentra acreditada por la norma UNE-EN ISO 9001 desde 1997. Las Clínicas Sagrado Corazón de Sevilla ( United Surgicals Parteners -USP-) Fremap y la Clínica San Carlos de Málaga ( National Medical Care of Spain), la compañía Sanitas así como otras aseguradoras , clínicas y diferentes laboratorios farmacéuticos están acreditadas por la ISO 9002. La Empresa Publica Hospital Costa del Sol (Marbella) está acreditada por la FAD-JCAHO. Y cada día más empresas se añaden a esta relación.

El Area Hospitalaria Juan Ramón Jimenez de Huelva ,y algunos servicios de la Empresa Pública Hospital Costa del Sol, se encuentran acreditados por la norma ISO 14001 de gestión medioambiental.

La Junta de Andalucía, a través de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía está asimismo desarrollando un sistema propio para la acreditación de Centros y Servicios Sanitarios.

Finalmente nos referimos a otros sistemas de ratificación de la calidad de

los establecimientos sanitarios mediante premios como el TOP 20<sup>36</sup>,o el NOVA a la Calidad Empresarial, que se conceden anualmente a Centros Sanitarios de diferentes categorías.

En la **FIGURA 4** (Pag.287) mostramos la simbología contenida en las certificaciones de AENOR.

#### **2.1.4.-LA CALIDAD ASISTENCIAL.**

Podemos definir el “acto médico” como la prestación por un profesional de la medicina, de un servicio médico a un individuo que lo demanda. No debemos olvidar que, en la práctica, estas actuaciones profesionales suelen complicarse por la intervención de otros profesionales sanitarios y no sanitarios, la influencia de la institución, sucesivos actos realizados por el mismo profesional o bien diferentes y por actuaciones médicas dirigidas en lugar de a un individuo, a la comunidad .

Además, si buscamos en último término la mejora de la calidad de vida, no debemos olvidar que la Asistencia Sanitaria, es sólo uno de los elementos que contribuyen a la Salud de la población; con menor trascendencia que la predisposición genética, el entorno social y los hábitos de vida. Lo representamos gráficamente en la **FIGURA 5** ( Pag.287).

los establecimientos sanitarios mediante premios como el TOP 20<sup>36</sup>, o el NOVA a la Calidad Empresarial, que se conceden anualmente a Centros Sanitarios de diferentes categorías.

En la **FIGURA 4** (Pag.287) mostramos la simbología contenida en las certificaciones de AENOR.

#### **2.1.4.-LA CALIDAD ASISTENCIAL.**

Podemos definir el “acto médico” como la prestación por un profesional de la medicina, de un servicio médico a un individuo que lo demanda. No debemos olvidar que, en la práctica, estas actuaciones profesionales suelen complicarse por la intervención de otros profesionales sanitarios y no sanitarios, la influencia de la institución, sucesivos actos realizados por el mismo profesional o bien diferentes y por actuaciones médicas dirigidas en lugar de a un individuo, a la comunidad .

Además, si buscamos en último término la mejora de la calidad de vida, no debemos olvidar que la Asistencia Sanitaria, es sólo uno de los elementos que contribuyen a la Salud de la población; con menor trascendencia que la predisposición genética, el entorno social y los hábitos de vida. Lo representamos gráficamente en la **FIGURA 5** ( Pag.287).

En todo caso, está claro que la calidad de la atención médica es una propiedad de la misma, que podría valorarse como una variable continua susceptible de registrar diferentes valores. Para obtener esos diferentes valores necesitamos los siguientes elementos <sup>37 38 39</sup>.

- Analizar (determinar separada y sucesivamente) cuales son los atributos del acto médico óptimo o excelente, y valorarlos cuantitativamente. Esto es la determinación de los “estándares”.
- Elaborar unidades de medida para cada atributo de la actuación médica, y registrar nuestros resultados.
- Comparar nuestros resultados con los estándares, considerando mejores aquellos resultados que más se aproximen a los estándares.

Probablemente, en el estado actual de desarrollo de los sistemas de registro de actividad, el problema fundamental sea la determinación de los estándares.

Pero además, estas determinaciones deben abarcar más allá del “puro” acto técnico (óptimo) médico. Por ello Donabedian <sup>40</sup> establece tres elementos condicionantes de la calidad de la asistencia sanitaria. Estos son:

- Los aspectos científico-técnicos
- El ambiente o entorno
- Los aspectos interpersonales (relación médico-paciente)

Sin duda esta triada no es exclusiva de la calidad de la atención sanitaria, sino que se haya presente en mayor o menor medida en cualquier empresa de servicios.

Y es que el cliente que utiliza los servicios sanitarios rechaza que éstos funcionen con una filosofía distinta al resto de las empresas de servicios (orientación al cliente). No olvidemos que ya definimos la calidad de la asistencia sanitaria como el grado de conformidad del usuario con la atención prestada.

Pero ¿podemos mantener la conformidad del usuario, con un menor coste?, esto es ¿Podemos ser más eficientes? ( más coste-efectivos). En este sentido, al estudiar la calidad técnica de la atención médica, Donabedian<sup>40 41</sup> relaciona los costes, beneficios y riesgos de la asistencia médica para proponer diferentes conceptos:

- Asistencia eficaz: Su objetivo es promover, mejorar o recuperar la salud (y lo consigue) con independencia de los costes.
- Asistencia eficiente: Su objetivo es recuperar la salud al mínimo coste .
- Asistencia óptima: Para la Organización Mundial de la Salud (OMS-WHO)

<sup>42</sup> la calidad de la asistencia sanitaria es "asegurar que cada paciente, reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecua-

dos, para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos de los pacientes y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso”.

Para Donabedian, asistencia óptima es aquella en la que el gasto del tratamiento más eficiente, no supera el valor del grado de salud obtenido; y es satisfactoria para el paciente

También sería óptima (de calidad) aquella asistencia, de calidad técnica, en la que el beneficio supera al coste, al riesgo y a la inoportunidad (análisis positivo coste/beneficio, riesgo/beneficio y coste/oportunidad) y además satisface al usuario.

Técnicamente, también es aplicable a los servicios sanitarios, que un servicio tiene mayor calidad en la medida en que exista mayor concordancia entre su diseño, su producción y su demanda.

En este sentido, el diseño de la atención médica será adecuado a la necesidad que pretende satisfacer, contemplándose en el mismo las características y número (volumen) de los servicios, sus costes, riesgos y beneficios.

La calidad (técnica) exige que la ejecución de la prestación se ajuste al diseño, es decir que el producto cumpla las especificaciones preestablecidas.

Los estudios de diversas asociaciones sanitarias, fundamentalmente la OMS <sup>43</sup>, la American Public Health Association y la Joint Commission (JCAHCO), permiten diferenciar y analizar diferentes dimensiones de la asistencia sanitaria, relacionadas con su calidad:

- Efectividad: Es la capacidad de un procedimiento concreto de mejorar la salud en condiciones determinadas (ideales). Es también, la relación entre el impacto real de un servicio y su impacto potencial en situación ideal. También relaciona la capacidad del profesional para que, en condiciones ideales, sus pacientes obtengan el resultado más satisfactorio.
- Eficacia: Es la capacidad de obtener el resultado satisfactorio en condiciones reales (habituales). La Resolutividad (capacidad de resolución) sería el cociente entre actos eficaces/ineficaces.
- Eficiencia: Es la relación entre el impacto real de un servicio y su coste de producción. Implica la evaluación del coste/beneficio.
- Adecuación: Relación entre la cantidad y distribución del recurso o recursos y las necesidades de la población. También se refiere al grado en que la asistencia proporcionada concuerda con las necesidades del paciente.
- Calidad científico-técnica: Adecuación de los procesos a los conocimientos y tecnología médica disponible. Adecuación de nuestras actuaciones a



los protocolos, y de los resultados a los estándares preestablecidos.

-Competencia profesional :Capacidad del profesional para proporcionar un servicio satisfactorio al usuario. Se refiere también a la organización, y comprende tanto los aspectos técnicos como los relacionales.

-Seguridad: Es el balance positivo en la relación riesgo/beneficio. Se refiere también a la garantía de la realización del servicio en las condiciones especificadas.En medicina en general, se acepta ( por las limitaciones del método científico) que no puede garantizarse una seguridad en cuanto al resultado,pero habitualmente sí en aspectos diagnóstico-terapéuticos.

-Aceptabilidad o Cooperación del paciente: Grado en el que el enfermo cumple el plan de atención o cuidados.

-Disponibilidad: Grado en el que el servicio se halla operativo. Lo ideal es que los servicios médicos estén disponibles siempre que se necesiten (que no necesariamente tiene que ser 24 horas al día - 365 días al año).

-Accesibilidad: Grado de ausencia de barreras ( burocrático-organizativas, horarias, psicológicas, culturales, económicas y geográficas ) para obtener el servicio médico.

-Continuidad: Valoración del paciente dentro de un sistema de atención integrada. El plan de cuidados del enfermo debe poder progresar sin inte-

rrupciones por todo el sistema socio-sanitario. La continuidad asistencial debe ser espacial y temporal. Su consideración como valor crucial de la asistencia lleva a rediseñar (reingeniería) la misma, construyendo los llamados “Procesos Asistenciales”,<sup>44 45</sup>.

-Satisfacción del profesional (cliente interno) : Grado de complacencia del médico con las condiciones de su trabajo. Parece difícil que alguien insatisfecho laboralmente pueda proporcionar satisfacción a sus clientes. El conjunto de clientes internos y externos de la organización constituye su “Cartera de clientes”. Para una organización privada, el conjunto de clientes externos constituye su “Cuota de mercado”.

-Satisfacción del usuario (cliente externo): Grado de cumplimiento de sus expectativas tras la atención recibida. Incluye la satisfacción para con los profesionales, la organización y el resultado de la asistencia recibida.

Para algunos autores, aunque todas estas dimensiones sirven para medir la calidad, ello no quiere decir que todas sean igual de importantes, destacándose la competencia profesional, la capacidad científico-técnica y la satisfacción del usuario como condiciones necesarias para ofrecer servicios de calidad, y no siendo meros atributos.

La satisfacción del cliente más que un atributo de la calidad, es decir más

que un medio para conseguirla, es el objetivo de la misma <sup>46 47 48</sup>.

Al establecer una analogía entre estas dimensiones de la calidad asistencial con la de otros servicios no sanitarios, la mayoría de los autores no encuentran diferencias significativas, salvo que nos refiramos expresamente a servicios sanitarios públicos <sup>49 50</sup>. En este caso, entre los principios reguladores de los servicios públicos, debemos hacer hincapié en la igualdad de trato para cualquier usuario (equidad), en la adecuada disponibilidad, accesibilidad y continuidad de los servicios o prestaciones (universalidad) y en una constante evaluación de la adecuación, idoneidad y positivo coste/beneficio de los mismos (sostenibilidad). Todo ello tiene respuesta dentro de un sistema de calidad total.

### **2.1.5.-LA ADMINISTRACIÓN Y GESTION SANITARIA.**

#### **-Conceptos Generales.**

Gestionar <sup>1</sup> es “hacer diligencias conducentes al logro de un negocio o de un deseo cualquiera”. La gestión es la acción de gestionar o administrar.

Administrar es “gobernar o ejercer la autoridad sobre un territorio y sobre las personas que lo habitan”.

Administración sanitaria es, según Lamata <sup>51</sup> “el área de conocimientos y la acción práctica que se ocupa de la financiación, organización, planifica-

que un medio para conseguirla ,es el objetivo de la misma <sup>46 47 48</sup> .

Al establecer una analogía entre estas dimensiones de la calidad asistencial con la de otros servicios no sanitarios, la mayoría de los autores no encuentran diferencias significativas, salvo que nos refiramos expresamente a servicios sanitarios públicos <sup>49 50</sup>. En este caso, entre los principios reguladores de los servicios públicos, debemos hacer hincapié en la igualdad de trato para cualquier usuario (equidad), en la adecuada disponibilidad, accesibilidad y continuidad de los servicios o prestaciones (universalidad) y en una constante evaluación de la adecuación, idoneidad y positivo coste/beneficio de los mismos (sostenibilidad). Todo ello tiene respuesta dentro de un sistema de calidad total.

### **2.1.5.-LA ADMINISTRACIÓN Y GESTION SANITARIA.**

#### **-Conceptos Generales.**

Gestionar <sup>1</sup> es “hacer diligencias conducentes al logro de un negocio o de un deseo cualquiera”. La gestión es la acción de gestionar o administrar.

Administrar es “gobernar o ejercer la autoridad sobre un territorio y sobre las personas que lo habitan”.

Administración sanitaria es, según Lamata <sup>51</sup> “el área de conocimientos y la acción práctica que se ocupa de la financiación, organización, planifica-

ción, gestión, funcionamiento y evaluación del sector sanitario, con el propósito de contribuir a mejorar la salud de las personas y las poblaciones”.

“Y comprende el estudio, impulso, coordinación y dirección de las políticas sanitarias, los sistemas sanitarios, los servicios de salud, las instituciones y centros sanitarios y otros dispositivos relacionados; las profesiones sanitarias, los planes y programas de salud y las prestaciones sanitarias. En cada uno de estos apartados de la administración sanitaria se incluye su estudio, diseño, planificación, funcionamiento, gestión y evaluación”.

La Administración sanitaria, en consonancia con su acepción de gobernar, se referirá por lo general al sector público, en tanto que gestión sanitaria se aplica tanto en el campo de los servicios públicos como de los privados.

La creciente importancia económica y política del sector sanitario, así como su trascendencia para la salud y por tanto para el bienestar social; la alta cualificación de los trabajadores y la alta complejidad y costo de las tecnologías y las organizaciones justifica, para Lamata, un cuerpo de conocimientos, conducente a la adecuada planificación y organización de todos estos recursos para obtener su máximo aprovechamiento: La Gestión Sanitaria.

**-Gestión Sanitaria y Economía de la Salud. La Contención del Gasto Sa-**

**nitario:**

El médico, añade a sus decisiones clínicas una importante carga de asignación de recursos. Por tanto, parece imprescindible que todos los profesionales implicados en el Sistema tomen conciencia de la necesidad de desarrollar una gestión moderna sobre tres principios fundamentales:

- Los recursos son limitados
- Los resultados deben ser competitivos, esto es, capaces de competir con los de otros servicios del sector sanitario.
- Los resultados deben ser satisfactorios para el usuario.
- El Sistema debe ser sostenible

El Sistema Sanitario tiene como particularidad con respecto a otras empresas de prestación de servicios, la gran capacidad de sus trabajadores (facultativos) para decidir sobre el uso de los recursos. En esta situación, más allá de las medidas de control, es crucial la implicación del profesional en la gestión económica de la empresa, realizada con criterios de calidad, durante el desempeño de su actividad cotidiana. Esto es la Gestión Clínica.

La otra particularidad de la Empresa Sanitaria, estriba en que el progreso tecnológico encarece (al menos hoy en día) el coste de los servicios.

Debemos estar preparados para ofrecer la mejor asistencia al mejor precio,

aunando criterios economicistas con otros de índole social, ya que no podemos perder de vista, que el objetivo fundamental (o único) de la actividad sanitaria es la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud.

La Gestión Sanitaria pretende garantizar cuatro premisas, propias de un Sistema de Salud Público moderno: universalidad, equidad, calidad y sostenibilidad <sup>52 53</sup>.

Cuando el Sistema Nacional de Salud se desmembra en los sistemas de las Comunidades Autónomas surge un nuevo elemento para mantener la equidad: la cohesión <sup>54</sup>.

La equidad es un criterio de carácter social, político y legal. Según la OMS es “el igual acceso ante igual necesidad”, pero también se debe entender como mayor acceso ante mayor necesidad (discriminación positiva o igualdad efectiva).

En cuanto a la universalidad, los artículos 41 y 43 de la Constitución de 1978 <sup>55</sup> establecen el régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos, y el derecho a la protección de la salud.

En el artículo 3.2 de la Ley General de Sanidad <sup>56</sup> (LGS) se determina que “la asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española..”  
-Universalización de la cobertura sanitaria-...y “que el acceso a las prestacio-

nes sanitarias se realizará en condiciones de igualdad efectiva” (admitiendo la discriminación positiva).

En el apartado II de la exposición de motivos de la citada Ley se dice, sin embargo, que “La Ley...no generaliza el derecho a obtener gratuitamente las prestaciones, sino que programa su aplicación paulatina...”.

No se determina por tanto la gratuidad del sistema, constituyendo ésta un nuevo reto político, porque ¿Cómo proporcionar con recursos limitados, todas las prestaciones a todos y con servicios de calidad? ¿Y cómo conseguir la operatividad y sostenibilidad del sistema?.

Para investigar sobre estas cuestiones, en el año 1991<sup>57</sup>, se constituye una “Comisión para el análisis y evaluación del Sistema Nacional de Salud”, bajo la presidencia del ex-vicepresidente del gobierno Fernando Abril Martorell. Sus conclusiones y recomendaciones (Informe Abril) fueron en principio duramente criticadas por impopulares y “regresivas”, pero con el apoyo de nuevos estudios<sup>58 59</sup> han sido objeto de una implantación paulatina en el Sistema. Para algunos observadores<sup>60</sup> la mayoría de estas propuestas han terminado de materializarse en la legislación sanitaria del 2003.

Sin duda las primeras medidas correctoras para asegurar la sostenibilidad del sistema, han ido dirigidas a la limitación ( en número ) de las prestacio-



nes<sup>61</sup> y a la racionalización de su uso (menor uso –racionamiento- mayor control y uso de las más económicas).

En 1985 la OMS define el uso racional de un fármaco como “la administración al paciente oportuno, en el momento y durante el tiempo necesario, en la dosis y forma farmacéutica adecuada, del medicamento que más conviene a su situación clínica, y al menor coste posible para él y la comunidad”.

Según Stephen Thornton<sup>62</sup>, director del N.H.S (National Health Service- Servicio de Salud del Reino Unido-), “hasta que los políticos, gestores y clínicos no se conciencien de que se debe poner límites a lo que realmente debe tratar el sistema público, con independencia de lo que se invierta en salud, no parará de crecer el gasto sanitario”.

También se insiste en el mantenimiento y ampliación del copago en algunas prestaciones como farmacia y material de ortopedia<sup>63 64</sup>.

Para la contención del gasto farmacéutico, otras políticas adoptadas han sido:

- La exclusión explícita de fármacos (“medicamentazos”)
- La potenciación de las especialidades farmacéuticas genéricas (EGF)
- Los Sistemas de Precios de Referencia
- Los visados de fármacos, las monodosis, etc...

Más problemas políticos plantearía la aplicación de un mayor control sobre el gasto farmacéutico de los pensionistas, en función de su renta.

Por otra parte, dado que el Sistema (público) recibe los recursos del Estado éste puede contener gastos, “congelando” los sueldos de los profesionales (sanitarios) públicos<sup>65 66</sup>. Esta medida ha sido adoptada en 1984 y en 1997. El segundo caso fue posteriormente desautorizado por la Audiencia Nacional, y recurrido el fallo por el Gobierno, ganado ante el Supremo en febrero de 2000<sup>67</sup>.

También la administración podría establecer impuestos especiales para financiar la sanidad, como podría ser dedicarle un céntimo de cada euro gastado en carburantes. Es el llamado “céntimo sanitario”<sup>68</sup>

Incluso con otras (más) “medidas correctoras del gasto sanitario”, lo que sí parece claro es que el modelo de Sistema Nacional de Salud que surge de la L.G.S., corre siempre el riesgo de convertirse en un gran pozo sin fondo, capaz de tragarse cualquier esfuerzo inversor, y devolviendo únicamente ingresos testimoniales por productos de investigación, tasas académicas y cobros a terceros.

Por tanto, como veremos más adelante, para una más eficiente gestión eco-

nómica las administraciones comenzarán a huir del modelo (estructura) clásico de centro sanitario público, para experimentar nuevos modelos (fundaciones, empresas públicas, consorcios, etc), dentro de los cuales se desarrollarán modelos de evaluación económica de los productos y servicios de salud, principalmente de tres tipos:

- Análisis Coste-beneficio.¿Supera el beneficio al coste?¿Hay que hacerlo?¿Para qué hacerlo?
- Análisis Coste-efectividad.¿Hay una forma más eficiente de hacerlo?
- Análisis Coste-oportunidad.¿Qué dejamos de hacer al hacer esto?

En todo caso, como en cualquier empresa de servicios, ineludiblemente, el gasto fundamental se dedicará a personal (profesionales). Recordemos ahora que los sueldos de los médicos públicos españoles son de los más bajos de nuestro medio.

Nos detendremos en todo ello en sucesivos apartados ,pero transcribimos ahora a modo de ejemplo el Presupuesto del INSALUD extraido de la memoria de 1998 (en millones de pesetas)

CAPITULOS PRESUPUESTO INSALUD 1998	
Gasto de Personal	708.642
Farmacia	308.099

Gastos Corrientes		228.296
Conciertos		145.705
Inversiones		54.093
Transferencias Corrientes y de Capital		8.285
Activos Financieros		904
Gastos Financieros		700
<b>TOTAL</b>	<b>( 8.743 €)</b>	<b>1.454.724 Pts</b>

### **2.1.6.-HISTORIA Y EVOLUCIÓN DE LOS SISTEMAS SANITARIOS PUBLICOS**

A lo largo del siglo XX, las asociaciones obreras y el movimiento mutualista dieron paso a los seguros sociales más o menos voluntarios, que condujeron a seguros obligatorios de enfermedad (S.O.E.) y a sistemas de Seguridad Social, con un fuerte grado de intervención pública. Estos desembocaron en los modernos Sistemas Nacionales de Salud en los que los estados de los países con un nivel de riqueza suficiente (condición sine qua non) establecen la atención sanitaria como un derecho ciudadano: Esto es, la universalización de la asistencia sanitaria pública.

En nuestro país este hito no se da hasta la promulgación de la Constitución Española de 1978 cuando se establece en su artículo 43 que “Compete a los

Gastos Corrientes		228.296
Conciertos		145.705
Inversiones		54.093
Transferencias Corrientes y de Capital		8.285
Activos Financieros		904
Gastos Financieros		700
<b>TOTAL</b>	<b>( 8.743 €)</b>	<b>1.454.724 Pts</b>

### **2.1.6.-HISTORIA Y EVOLUCIÓN DE LOS SISTEMAS SANITARIOS PUBLICOS**

A lo largo del siglo XX, las asociaciones obreras y el movimiento mutualista dieron paso a los seguros sociales más o menos voluntarios, que condujeron a seguros obligatorios de enfermedad (S.O.E.) y a sistemas de Seguridad Social, con un fuerte grado de intervención pública. Estos desembocaron en los modernos Sistemas Nacionales de Salud en los que los estados de los países con un nivel de riqueza suficiente (condición sine qua non) establecen la atención sanitaria como un derecho ciudadano: Esto es, la universalización de la asistencia sanitaria pública.

En nuestro país este hito no se da hasta la promulgación de la Constitución Española de 1978 cuando se establece en su artículo 43 que “Compete a los

poderes públicos organizar y tutelar la salud pública y las prestaciones y servicios necesarios.”

Sin embargo, la historia del Sistema Nacional de Salud Español, arranca 70 años antes, con la creación en el año 1908 del Instituto Nacional de Previsión con la finalidad de garantizar la financiación de un sistema sanitario de extensión nacional.

En 1942 se crea el Seguro Obligatorio de Enfermedad (S.O.E.) para los trabajadores y sus beneficiarios, y en 1963 se pone en marcha la Seguridad Social con una progresiva expansión de los servicios asistenciales. Esta, en 1978 se transforma en el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), hoy desaparecido tras completarse el proceso de transferencias de los Servicios de Salud a las Autonomías, en el 2002.

Es en la Ley General de Sanidad de 1986 donde, en respuesta al citado artículo 43 de la Constitución, se articulan los mecanismos de creación, financiación, estructura, organización, coordinación y control; competencias y derechos y deberes del Sistema Nacional de Salud, de sus trabajadores y de sus usuarios.

Resulta así un sistema aglutinador de los dispositivos preexistentes, con vocación de una futura desmembración en servicios autonómicos. Basado en la

financiación pública (con cargo fundamentalmente a los Presupuestos Generales del Estado), garante de una cobertura universal, de la equidad en el acceso y de amplias prestaciones sanitarias que abarcan desde la promoción de la salud a la más moderna asistencia, y la rehabilitación y reinserción social.

Pero en los últimos años el gasto sanitario ha crecido en los países industrializados el doble que su riqueza (P.I.B.). En España, el gasto ha pasado del 2.5% al 6.7% del Producto Interior Bruto (P.I.B.) entre 1965 y 1991. Y al 7.6% en 1995<sup>69</sup>, permaneciendo en el 2001 por debajo de la media de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). Sin embargo, la OMS continúa considerando al Sistema Nacional de Salud español como uno de los mejores del mundo ya que toma en consideración indicadores como la mortalidad perinatal, la mortalidad infantil y la esperanza de vida al nacer que tienen más relación con el entorno, la higiene y los hábitos de vida, que con la asistencia sanitaria<sup>70</sup>.

De todos modos, el crecimiento del P.I.B. en España, ha supuesto en los últimos años un crecimiento efectivo del gasto sanitario, cuya contención aparece como un asunto clave en la política nacional<sup>71</sup>.

La pregunta fundamental es por qué esta explosión de costes no se corresponde con un mayor nivel de satisfacción de la población, ni con unos siste-

mas más adaptados a la coyuntura actual .Admitiremos al menos, que sí se corresponde con unos mayores niveles de salud de la población y que quizás parte de los problemas de los sistemas de salud sean consecuencia de su propio éxito.

La LGS de 1986 articula un Modelo Sanitario Público para España en consonancia con dos premisas:

- La ideología gobernante
- Las recomendaciones de la O.M.S.

Las ideologías políticas han sido (y son) un elemento esencial en la concepción de la salud pública, y de cómo se organizan los sistemas de atención sanitaria a la población.

La ideología es un producto social, histórico y cultural, y se expresa en todos los ámbitos de la vida en sociedad, hasta impregnar las actitudes y comportamientos de los individuos.

Las creencias tradicionales y las actitudes ideológicas de los individuos constituyen un poderoso determinante de la concepción de la salud y del proceso médico-sanitario. Nadie duda, de que cada corriente ideológica sostiene un determinado modelo sanitario.

Aunque existen diferentes formulaciones, para Goodwin <sup>72</sup> las principales



ideologías existentes son:

Conservadurismo, Liberalismo, Socialismo, Marxismo, Anarquismo y Totalitarismo. Cada una de ellas, influye directamente en la conformación de su Sistema de Salud, pero la escasa representatividad de algunas (totalitarismo, anarquismo, marxismo) y el riesgo de excedernos en demasía, me lleva a exponer sólo y muy resumidamente las características definitorias del Liberalismo y del Socialismo, como las ideologías que más han influido en la concepción, organización y financiación de los Sistemas Sanitarios contemporáneos.

#### -El Liberalismo:

Los objetivos fundamentales del Liberalismo son la preservación del individuo y la consecución de la felicidad individual. La idealización del individuo exige una política de libertad, en la que cada ciudadano pueda procurarse la satisfacción de sus propios intereses.

El liberal confía en la racionalidad humana, y tiene preferencia por un gobierno elegido por el pueblo (democrático), aunque con poco peso político y poco poder (poco intervencionista).

Conceptos como el bien común o el interés público no tienen cabida en la teoría liberal, que sin embargo maximiza la tolerancia<sup>73</sup> (respeto hacia las

opiniones o prácticas de los demás aunque sean diferentes a las suyas ) dentro del clásico “laissez faire” -dejar hacer-.

Son por tanto sus valores la libertad, el individualismo, la competencia y la democracia.

La competencia exige que el estado renuncie a su vocación proteccionista y garantice un marco legal de igualdad de oportunidades.

La justicia social es resultado del esfuerzo individual, y por tanto hay que “ganársela”. El ingreso en la sociedad se realiza por medio del mercado (o de la caridad –solidaridad-). Se propugna que el sistema da oportunidades para el sostenimiento o incluso el enriquecimiento de cualquier ciudadano, lo que es valorado meritoriamente.

Se acepta que pueden producirse grandes desigualdades de riqueza, y que los débiles pueden quedar excluidos del sistema.

El capitalismo es el sistema económico hijo de estas teorías, y el que las sustenta como ideología dominante en EE.UU., quien las introduce progresivamente en el resto del mundo (globalización –del capitalismo-).

Para los Liberales el “Estado del Bienestar” no es deseable, ya que supone una injerencia directa a su libertad individual obligándoles a mantener servicios sociales y sanitarios públicos, quieran o no, además de interferir en

el criterio individual sobre lo que es mejor para uno, no dar cabida a la competencia e incluso dificultar el desarrollo de los servicios privados.

El “Estado del Bienestar” se considera así intervencionista y poco tolerante.

Para el liberalismo el modelo sanitario de elección es la medicina liberal, complementada con una beneficencia y salubridad públicas. Actualmente ya solo podemos observar este modelo en E.E.U.U.,(Medicina Liberal +Medicare y Medicaid).

Pero sin duda muchos de sus elementos se han ido introduciendo en los Sistemas Sanitarios Europeos, como ocurrió en la Inglaterra de los ochenta y en la España de los noventa. De estos elementos destacamos:

-La separación entre financiación (pública) y provisión del servicio (servicio público, empresa “pública”, servicio privado,...). Descentraliza la toma de decisiones, evita las rigideces contractuales del personal estatutario e introduce la competencia en un nuevo mercado de proveedores.

Adjudicamos el servicio al mejor postor, y si posteriormente no nos satisface nos deshacemos de él. El encargo a una nueva empresa de realizar un servicio que venía realizando el sistema, se conoce como

externalización (de servicios) o “outsourcing”.

-Aumento de la capacidad de elección de proveedor por parte del usuario-votante. La posibilidad de elección de hospital, especialista, médico de cabecera..., produce una inmediata satisfacción en el usuario, ávido de novedad, de prebendas, y de una imagen menos rígida del sistema.

-Introducción de la competencia entre proveedores.

-Retribuciones por objetivos/resultados. Para permitir una política de incentivación y de mejor redistribución de los recursos. Esta competencia también podría contribuir a aumentar la calidad de los servicios.

Estas actuaciones, aplicadas sobre un Sistema como el español, tienen el inconveniente de producir mayor descoordinación y sobrecarga del mismo, revelando su rigidez real. Además mientras los usuarios tengan poca formación, información y poco control sobre la financiación, la libertad será solo efectiva para unos pocos<sup>74 75</sup> con las desigualdades que ésto lleva implícito.

-El socialismo.

El principal valor del socialismo es la preocupación por los pobres, que son considerados un producto de la injusticia que prevalece históricamente en la sociedad (latifundistas, empresarios que hacen acopio de los medios

de producción durante la revolución industrial, etc), situación de la que los mismos tienen que avergonzarse y el Estado tiene que remediar.

La igualdad no es solo formal, como en el liberalismo, sino que se legisla para obligar a todos los ciudadanos a aceptar una igualdad completa: igualdad de tratamiento en todo momento y para los individuos de todo el mundo.

Esto es la base de la “justicia social” que se concibe como una cuestión clave: la obligación del Estado de redistribuir la riqueza. Los ricos son sospechosos de haber reunido sus medios injustamente (al menos desde el punto de vista social) y su existencia es por tanto poco menos que intolerable para los “desfavorecidos”. Desde este punto de vista, la doctrina socialista es sentida como de “un nivel moral superior” al liberalismo.

Todos los individuos están obligados a contribuir económicamente al Estado, con un criterio de progresividad, para que éste mediante una distribución “a cada cual según sus necesidades” reparta la riqueza (redistribución). La presión fiscal es por tanto un elemento estratégico.

Lo público prevalece sobre lo privado, ya que esto último es una de las causas de desigualdad e injusticia. El Estado por tanto debe asumir-nacionalizar las empresas, en las que se implantará un sistema laboral presidido por la igualdad, la camaradería, el trabajo en equipo y el respeto mutuo.

Más problemático ha resultado hacer competitivas estas empresas.

Frente al individualismo del liberalismo, los socialistas propugnan una interdependencia humana, en la que los individuos se subordinan a la sociedad, bajo la concepción de que el hombre es un ser social. Incluso es defendible el sacrificio del individuo en aras de una mejora futura (“el progreso”)de la sociedad, en la que hay que confiar. La cooperación es la base de la organización social. La subordinación, si existe, no implica una pérdida de libertad, ya que esta se suple por la satisfacción de desarrollar el potencial creativo de cada uno en bien de la sociedad.

Se considera que el Estado debe asumir la responsabilidad de procurar un Sistema Sanitario Público con una cobertura universal y al que se accede en condiciones de igualdad, siendo los profesionales del mismo iguales entre ellos (médicos, enfermeros, camilleros,...), e iguales (o incluso subordinados) a los usuarios.

El Estado del Bienestar es así considerado como el estado ideal de justicia social, que incluye también las oportunas políticas en materia social (pensiones), de enseñanza (pública), legislación, etc...

No es hasta que el devenir histórico promueve en general la destrucción de los idealismos políticos en el contexto del desmoronamiento de los regí-

menes del Este de Europa a finales de los ochenta, cuando queda probado que la empresa privada, y el sistema liberal son mejores herramientas para aumentar la producción y generar riqueza de forma estable ;que los socialistas alemanes de los sesenta, y los españoles de los ochenta, desarrollan un modelo mixto ( socialdemócrata ) de producción empresarial capitalista, pero con fuerte presencia del estado que mediante la carga impositiva, pretende mantener amplias políticas públicas, una de las cuales es la sanidad.

Por otra parte, los eventuales gobiernos europeos de centro-derecha defenderán políticas neo-liberales, en las que no se descuidan los aspectos sociales<sup>76 77</sup>.

En la Europa Occidental y en los países de la OCDE, se uniformiza así el modelo adoptado para la sanidad, con dos premisas fundamentales sobrevivientes a la eventual ideología del gobierno de turno: Cobertura Universal y Financiación Pública. En los últimos años cobra importancia una tercera premisa: la sostenibilidad del sistema<sup>78</sup>.

### **2.1.7.-DESARROLLO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD ESPAÑOL**

#### **-Organización General**

Para llevar la oferta asistencial “hasta el último ciudadano”, la LGS prevé

menes del Este de Europa a finales de los ochenta, cuando queda probado que la empresa privada, y el sistema liberal son mejores herramientas para aumentar la producción y generar riqueza de forma estable ;que los socialistas alemanes de los sesenta, y los españoles de los ochenta, desarrollan un modelo mixto ( socialdemócrata ) de producción empresarial capitalista, pero con fuerte presencia del estado que mediante la carga impositiva, pretende mantener amplias políticas públicas,una de las cuales es la sanidad.

Por otra parte, los eventuales gobiernos europeos de centro-derecha defenderán políticas neo-liberales, en las que no se descuidan los aspectos sociales<sup>76 77</sup>.

En la Europa Occidental y en los países de la OCDE, se uniformiza así el modelo adoptado para la sanidad, con dos premisas fundamentales sobrevivientes a la eventual ideología del gobierno de turno: Cobertura Universal y Financiación Pública. En los últimos años cobra importancia una tercera premisa: la sostenibilidad del sistema<sup>78</sup>.

### **2.1.7.-DESARROLLO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD ESPAÑOL**

#### **-Organización General**

Para llevar la oferta asistencial “hasta el último ciudadano”, la LGS prevé



en su artículo 50 que “en cada comunidad se creará un Servicio de Salud integrado por todos los centros, servicios y establecimientos sanitarios de la propia comunidad, diputaciones, ayuntamientos y cualesquiera otras administraciones territoriales intracomunitarias”.

Se integran en la red los Hospitales Universitarios, dependientes del Ministerio de Educación, quedando fuera los Hospitales Militares. Se prevé que “las administraciones territoriales (ayuntamientos), puedan mantener la titularidad de los centros dependientes de los mismos, aunque en todo caso, con adscripción funcional al Servicio de Salud de cada Comunidad Autónoma”.

Como vimos en el apartado anterior, dos “ideas fuerza” dirigen el establecimiento del nuevo Sistema Sanitario Público surgido de la Ley 14/86:

- La ideología gobernante
- Las directrices en política sanitaria mundial

En relación al segundo punto, recordemos como en 1978 la OMS estudia en la Conferencia de Alma-Ata<sup>79</sup> la situación de salud en el mundo, haciendo varias consideraciones:

- La incidencia y prevalencia de la enfermedad aumentan a medida que disminuye el nivel socioeconómico de la población.

- La posibilidad de acceso al servicio sanitario, (proximidad, horarios, lista de espera, comunicaciones, transporte...) disminuye en los niveles socioeconómicos más bajos.
- El uso de los servicios y el ratio de gasto por persona es mayor en los niveles socioeconómicos más bajos.
- La mayoría de los problemas de salud son previsibles y, detectados precozmente, solucionables con menor gasto.
- Sólo el control del gasto sanitario de los países desarrollados y la potenciación de la medicina preventiva permitiría aumentar los niveles de salud en el Tercer Mundo: objetivo “salud para todos en el año 2000”.

Todo lo anterior, lleva a la OMS a recomendar la implantación de una política sanitaria basada en la creación y potenciación de los Centros de Salud (Equipos Básicos de Atención Primaria –EBAP-), desmantelando (a la postre parcialmente) los dispositivos preexistentes, y en detrimento de la inversión hospitalaria:

En palabras del consejero Andaluz Pablo Recio <sup>80</sup> en 1986, “tuvo que decidirse que las mejoras en la Atención Primaria de Salud se harían a costa de parte de las asignaciones que hubiesen correspondido a los centros hospitalarios y de especialidades”.

**-El Hospital y el Area de Salud.**

La vocación descentralizadora de la LGS se plasma en su concepción del Sistema Nacional de Salud como el “conjunto de los Sistemas de Salud de las Comunidades Autónomas convenientemente coordinados”. Para garantizar esta coordinación existe un Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, presidido por el ministro de Sanidad, y donde están representados los responsables de los Servicios Regionales de Salud. Otros organismos de Coordinación del Sistema Nacional de Salud previstos en la Ley de Cohesión y Calidad (LCC)<sup>54</sup> son: la Agencia Nacional para la Calidad en la Sanidad, el Observatorio de la Salud y el Instituto de Información Sanitaria.

La financiación de los Servicios Autonómicos de Salud se prevé, se realizará a través de la Ley Orgánica de Financiación de las Comunidades Autónomas (LOFCA)<sup>81</sup>, de la Ley 21/2001<sup>82</sup>, de 27 de Diciembre, de Medidas Fiscales y Administrativas del Nuevo Sistema de Financiación de las Comunidades Autónomas y Ciudades con Estatuto de Autonomía, y de los Fondos de Cohesión previstos en la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del SNS.

Para evitar conflictos interregionales, podría ser recomendable la elaboración de una norma específica sobre Financiación de la Sanidad Pública.

El Estatuto de Autonomía de Andalucía, está recogido en la Ley Orgánica 6/1981 de 30 de diciembre. Las competencias en materia de sanidad son transferidas a la Junta de Andalucía a través del Real Decreto ( R.D.) 1118 /1981, y las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud, a través del R.D. 400/1984 ( Se cumplen por tanto,20 años del mismo).

El R.D. 1713/1985 traspasa las funciones y servicios de la Administración del Estado en materia de Sanidad a la Comunidad Autónoma de Andalucía.Y el R.D. 1523/1986 establece el régimen de integración de los Hospitales Clínicos en la Red de Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social en Andalucía ( RASSSA ).

La Ley General de Sanidad establece como unidad estructural del Sistema el “Area de salud”. Definida explícitamente en función de factores geográficos,socioeconómicos, demográficos,laborales, y de dotación de infraestructuras y vías de comunicación adecuadas. Habitualmente extenderá su acción a una población no inferior a 200.000 habitantes,ni superior a 250.000.

En la **FIGURA 6** (Pag .288) mostramos la distribución geográfica de las Areas de Salud Andaluzas.En la **FIGURA 7**, (Pag.288) las de la provincia de Sevilla, actualizadas por la Orden de 7 de Julio de 2002.

La dirección del Área de Salud (habitualmente sita en su hospital) es la responsable de la gestión unitaria de sus establecimientos sanitarios y de las prestaciones y programas sanitarios a desarrollar por estos.

“Cada Área de Salud estará vinculada al menos, a un hospital general”. Para conseguir la máxima operatividad de los servicios a nivel primario, las Áreas de Salud se subdividirán en Zonas Básicas de Salud (ZBS). La ZBS es el marco territorial de desarrollo de actividades de los Centros de Salud: centros integrales de atención primaria.” (Equipos Básicos de Atención Primaria o EBAP)

Siguiendo a la LGS, “en todo caso las Áreas de Salud deben realizar las siguientes actividades:

- a) Las propias de la Atención Primaria de salud.
- b) La atención especializada, que se realizará en los hospitales y en los Centros de Especialidades dependientes (funcionalmente) de aquellos (Centros Periféricos de Especialidades o CPE) que prestarán la atención de los problemas de salud de mayor complejidad.”

“Las Áreas de Salud contarán con los siguientes órganos:

- 1º de participación: El Consejo de Salud del Área
- 2º de gestión: El Gerente del Área de Salud

-3º de dirección:El Consejo de Dirección del Area. “

Así cada Area cuenta con la estructura necesaria para responder a sus funciones de organización, dirección, control y gestión de sus actividades tanto en atención primaria como especializada. Queda a nuestro juicio pendiente la articulación de una participación comunitaria efectiva.

La coordinación funcional entre Areas corresponde al Delegado Provincial del Servicio Autónomo de Salud.

La Ley 8/1986 de 6 de Mayo crea ,a la luz de esta normativa, el Servicio Andaluz de Salud (SAS).La Ley de Salud de Andalucía de 1998<sup>83</sup> ratifica a nuestro juicio sin sustanciales modificaciones lo planificado en la LGS.

A tenor de todo lo anterior el médico de atención especializada ( Facultativo especialista de area -F.E.A.-) ejerce su actividad no sólo en el ámbito hospitalario, sino también en el Centro (Periférico) de Especialidades que depende ( funcional y jerarquicamente ) del hospital, o incluso en el Centro de Salud como miembro del “Equipo de apoyo a la Atención Primaria”,en el contexto de su “movilidad geográfica” (Cap.3.Art 56 de la LGS).

Es por tanto ineludible para el especialista el adecuado conocimiento de la estructura y organización del sistema, para proporcionar a los pacientes los recursos más adecuados, en el nivel asistencial más adecuado.

Otras normativas que complementan esta organización son: el R.D. 521/1987<sup>84</sup> de 15 de Abril sobre el funcionamiento de los Centros Hospitalarios y el organigrama de los cuadros directivos, el Decreto 105/1986 de 11 de Junio sobre Ordenación de la Asistencia Especializada y Organos de Dirección de los Hospitales, modificado en el Decreto 462/1996 de 8 de Octubre, el Decreto 317/1996 de 2 de Julio sobre la Estructura Orgánica de la Consejería de Salud y el Servicio Andaluz de Salud, el Real Decreto 8/1996 de 15 de Enero sobre la libre elección de médico en los Servicios de Atención Especializada y la Ley 15/1997, de 25 de Abril, sobre Nuevas Formas de Gestión sanitaria en el Sistema Nacional de Salud .

Representamos gráficamente la estructura del Sistema Sanitario Público Andaluz en la **FIGURA 8** (Pag. 289)

### **-Organos Directivos del hospital**

Es el director gerente<sup>85</sup> quien asume la representación del hospital y es la máxima autoridad dentro del mismo. Entre sus funciones está la ordenación de los recursos humanos, materiales y financieros del hospital, mediante la programación, dirección, control y evaluación de su funcionamiento.

De él dependen las siguientes áreas de actividad:

-Atención (sanitaria) al paciente

- Control de gestión, análisis y planificación
- Política general de personal
- Asesoría jurídica
- Admisión, recepción, información y atención al usuario
- Documentación y servicios informáticos.

Asimismo, del Director Gerente dependen orgánica y funcionalmente los directores de las divisiones Médica, de Enfermería y de Servicios Generales.

Al frente de la división Médica existirá un Director Médico que ejercerá las funciones de dirección, coordinación y evaluación de los servicios médicos, proponiendo en su caso al director gerente las medidas necesarias para el mejor funcionamiento de dichos servicios. Asimismo se encargará de dirigir, coordinar y evaluar (determinar la calidad) las actividades asistenciales, docentes e investigadoras de los médicos.

Es competencia del director de Enfermería dirigir, coordinar y evaluar el funcionamiento de las unidades y servicios de la división de enfermería, así como promocionar, dirigir y evaluar la calidad de las actividades asistenciales, docentes e investigadoras desarrolladas por el personal sanitario no facultativo o mejor dicho, siguiendo a la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias<sup>86</sup> (L.O.P.S.) “profesionales sanitarios de nivel Diplomado y



del área sanitaria de Formación Profesional: técnicos en radiodiagnóstico, auxiliares de enfermería, etc...”

Las áreas dependientes de esta división son: Las salas de hospitalización, quirófanos, consultas externas, urgencias y cualquier otra área en la que se precise atención de enfermería.

Nos parece importante reseñar, como el mencionado R.D. 521/1987 sitúa al Director Médico y al de Enfermería al mismo nivel jerárquico, lo que sin duda ha trascendido en el “día a día” de las relaciones entre profesionales y pacientes.

Corresponde al director Económico y de Servicios generales, proporcionar al resto de las divisiones el soporte “logístico” adecuado. Esto es la infraestructura administrativa, contable, informática, financiera, de suministros, hostelería, mantenimiento y obras, orden interno y seguridad.

Cuando las necesidades de gestión así lo aconsejen, el R.D. 521/1987 prevé la creación de los puestos de Subdirector Gerente, y subdirectores de división, con las funciones que su director expresamente les delegue o encomiende.

La Comisión de Dirección es el órgano de dirección del hospital, formada

por el Director gerente y los directivos de las diferentes divisiones. Podrá requerir información a los jefes de servicios médico-quirúrgicos, supervisores de enfermería, gobernantes y otros responsables de unidades. En el caso de los Hospitales Universitarios formará parte de la Comisión de Dirección un representante nombrado por la junta de gobierno de la Universidad. Son funciones de esta comisión determinar los planes docentes, investigadores y asistenciales del hospital, su financiación y evaluación, en coordinación con las comisiones asesoras de la asistencia (Junta Técnico-Asistencial), la Comisión de Bienestar Social y la Comisión de Garantía de Calidad.

La Junta Técnico-Asistencial asesora a la Comisión de Dirección en relación a la actividad asistencial. Está presidida por el director médico y se completa con los subdirectores médicos, un jefe de servicio y un facultativo por cada una de las siguientes áreas: Medicina, Cirugía, Servicios Centrales, Ginecología-Obstetricia y Pediatría. También participa el director de Enfermería, un supervisor de enfermería y un miembro del personal de enfermería, un asistente social o el responsable del servicio de atención al paciente, así como un médico residente.

La Comisión de Bienestar Social es un órgano de asesoramiento del Direc-

tor Gerente. Este la preside, y la componen los directores de las tres Divisiones, siete vocales que representan a los Ayuntamientos del Área de Salud, las asociaciones de consumidores-usuarios y del personal del hospital, y el responsable del servicio de atención al paciente.

A esta comisión corresponde velar por el bienestar y la atención general del paciente, así como analizar toda la información recogida por el Servicio de Atención al Paciente (Gestoría de usuarios-Servicio de Información o atención al Usuario o SIU), así como valorar todos aquellos aspectos que puedan contribuir a mejorar la asistencia.

La Comisión Central de Garantía de Calidad es el órgano técnico responsable de la supervisión de la calidad asistencial y de la adecuación tecnológica que asesora permanentemente a la Dirección-Gerencia y a la Junta Técnico-Asistencial. Está compuesta por el director médico, el director de enfermería (y los subdirectores de las respectivas divisiones si los hubiera), así como los presidentes de las diferentes comisiones clínicas dependientes:

- Comité Ético de Investigación Clínica
- Historias Clínicas
- Mortalidad y Tejidos

- Infección Hospitalaria
- Farmacia y Terapéutica/Profilaxis y política antibiótica
- Tecnología y Medios diagnósticos y terapéuticos
- Docencia y Formación Continuada

No obstante, la ley prevé que necesidades particulares pueden llevar a la creación de nuevas comisiones específicas.

Entre las funciones específicas de de la Comisión de Garantía de Calidad se encuentran las siguientes:

- Desarrollo de las líneas de control y mejora de la calidad asistencial
- Detección y jerarquización de los problemas y análisis de las causas
- Propuesta de medidas correctoras

Para todo ello,se apoyará en:

- Sistemas de Información
- Establecimiento de criterios, indicadores y estándares de evaluación
- Evaluación y seguimiento del sistema de calidad

### **-Organización de un servicio médico (médico-quirúrgico)**

-Dirección del servicio.

El servicio médico es una estructura piramidal, dirigida por un jefe de servi-

cio. Puede constar de varias secciones, al frente de las cuales se encontraría un jefe de sección. Hasta el momento actual, no existe una carrera profesional médica (en el SAS) en espera de la aplicación del nuevo Estatuto Marco<sup>87</sup> y de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS), por lo que, en principio el resto de los médicos especialistas, comparten categoría y funciones. El artículo 38 de la L.O.P.S. y el 40 del Estatuto Marco prevén la articulación del “desarrollo profesional” en cuatro grados, a desarrollar en futuras normas generadas por las Comunidades Autónomas. Según la Organización Médica Colegial (OMC)<sup>88</sup> estos niveles podrían corresponder a:

- Adjunto Junior
- Adjunto Senior
- Jefe de Sección/Adjunto Consultor
- Jefe de Servicio

Clásicamente las jefaturas de servicio y de sección se otorgan por reconocimiento de méritos profesionales básicamente asistenciales, pero cada vez cobra más importancia la capacidad gestora de quien ostente la jefatura<sup>89 90</sup>.

#### -Funciones del Servicio.

Son tres, las funciones clásicas de un servicio médico: asistencial, docente e investigadora. Debemos, sin duda, considerar actualmente una cuarta función:

la gestora.

Las cuatro funciones se encuentran interrelacionadas, influyendo cada una de ellas en el desarrollo y en la calidad de las otras.

Actualmente, no está expresamente definido el reparto de estas tareas entre los miembros de un servicio ni el tiempo óptimo para dedicar a cada una.

Clásicamente no se entiende al médico sin tarea asistencial, y es que la función asistencial es la razón de ser del médico. El facultativo justifica su inclusión en el servicio con la adecuada prestación de asistencia sanitaria (especializada) a sus pacientes.

No debe olvidarse que en la moderna concepción de “salud” (completo bienestar físico, psíquico y social), la atención sanitaria debe considerar integralmente al sujeto, abarcando programas de prevención y promoción de la salud, que deben desarrollarse en estrecha coordinación con los Equipos de Atención Primaria.

#### -Orientación del Servicio. Servicio orientado al paciente

El paciente accede a la atención especializada del servicio hospitalario de dos formas: a través de las consultas externas, y a través de las urgencias.

La mayoría de los ingresos siguen produciéndose a través de esta última vía, lo que continúa dificultando la programación de los servicios. Sin duda

hay varias tareas por emprender:

- Profundizar en la educación sanitaria de la población
- Potenciar la formación continuada de los facultativos de Atención Primaria y de los Servicios de Urgencias
- Consensuar protocolos de actuación y de derivación de pacientes
- Potenciación de la Continuidad Asistencial
- Aumentar la accesibilidad a las consultas especializadas
- Planificar y agilizar los ingresos programados

#### **-Áreas de actividad del servicio médico:**

##### **-Urgencias.**

El médico especialista debe estar capacitado para atender con rapidez y eficacia la demanda asistencial urgente. Es importante que sea él quien controle los ingresos en sus camas de hospitalización y colabore con el servicio de urgencias en la eficiencia de las camas de observación.

##### **-Consultas externas.**

Debe ser el lugar idóneo para realizar el diagnóstico y enfocar el tratamiento de los pacientes con patologías leves y en los que no existe riesgo importante de complicaciones. El objetivo será resolver los pro-

blemas diagnóstico-terapéuticos en un solo acto, o bien durante una única jornada (consulta de acto único).

Su efectividad se ve mermada cuando la pretensión de realizar un diagnóstico inequívoco, obliga a asumir la acumulación de demoras de sucesivas exploraciones complementarias, cuyos resultados se valoran tradicionalmente en sucesivas consultas.

Para que esta consulta externa clásica sea operativa, para una eficiente gestión de sus recursos, entre los que destaca el tiempo, debe guiarse por protocolos<sup>91</sup> y criterios de derivación<sup>92</sup> comunes, con el dispositivo de Atención Primaria del Área.

En determinadas patologías de especial importancia por motivos médicos, epidemiológicos, operativos e incluso sociales, podrían implantarse consultas monográficas (de patología dento-alveolar por ejemplo) con una adecuada planificación y coordinación interdisciplinar, conducente a la resolución del motivo de consulta en una o dos visitas al hospital: esto son las “consultas de alta resolución”(CAR)

Diversas especialidades pueden agruparse en un Centro de Alta Resolución de Especialidades -CARE-<sup>92</sup>, e incluso construirse “Centros Hospitalarios de Alta Resolución -CHARE-“.



En general, cuando el paciente es atendido en la Consulta Externa, se rá historiado siguiendo la metodología clásica de la historia clínica: antecedentes, anamnesis, exploración, juicio clínico provisional, exploraciones complementarias, juicio clínico definitivo, tratamiento, evolución...; todo ello se hará constar en los oportunos sistemas de registro. También existirán modelos normalizados de consentimiento informado para aquellos procedimientos diagnósticos y terapéuticos que lo requieran <sup>94</sup>.

Terminada la consulta, el paciente dispondrá de la adecuada información oral y escrita que resuelva sus dudas y temores, y que facilite y garantice su continuidad asistencial

En ausencia de la historia clínica informatizada <sup>95</sup>, se facilitará al personal administrativo la tarea de recogida, y transporte, archivo y custodia de las historias clínicas, en consonancia con la legislación <sup>96 97</sup>.

#### -Interconsultas. Consultas por parte de otros especialistas

Aunque los pacientes dispongan ya de una historia clínica detallada, elaborada por el servicio consultante, iniciaremos nuestra valoración elaborando un resumen del problema médico por el que está hospitalizado, antes de realizar la oportuna valoración clínica centrada en los aspectos de nuestra especialidad. Se recogerán los resultados de las diferentes pruebas, y se esta-

blecerán el diagnóstico y tratamiento pertinentes.

-Area de hospitalización.

La extensión física del espacio destinado a hospitalización,(el número de camas) vendrá determinada,como detallaremos más adelante, por la importancia de nuestra demanda,en relación (dividida por) con nuestra capacidad de gestionarla.

Tradicionalmente,la importancia de un Servicio Médico, ha venido dada, aunque sea inconscientemente,por el número de camas.El poder de la jefatura clínica se medía por el control sobre la dotación de recursos, más que por la actividad, la productividad y la capacidad de resolución del servicio.

La organización sanitaria moderna tiende a disminuir el area clásica de hospitalización a expensas fundamentalmente de la potenciación de la cirugía ambulatoria,como veremos más adelante <sup>98</sup>.

En el momento del ingreso,independientemente del estudio que aporte el paciente de su paso por las consultas externas o por el servicio de urgencias,se realizará al paciente una historia y una exploración física completa y detallada,aplicando con rigor el Método Clínico <sup>99</sup>.

La historia concluirá con un diagnóstico (o diagnósticos) provisional (es), para posteriormente delinear la estrategia diagnóstica y terapéutica a se-

guir, que deberá apoyarse en protocolos actualizados periódicamente.

El área de hospitalización brinda numerosas oportunidades para la docencia y formación continuada, aunque sea simplemente mediante la “puesta en común” de los casos “interesantes”.

Lo antes posible, informaremos al paciente de su situación y de nuestra estrategia para solucionar su patología. No olvidaremos tampoco la oportuna información a familiares y allegados.

En estos momentos, deberíamos estar en disposición de estimar la duración del ingreso y la situación (pronóstico) al alta (curación, mejoría...). Esto reviste especial importancia, tanto desde el punto de vista humano del paciente, como desde nuestra eficiente planificación asistencial.

Una vez que la permanencia del paciente en el hospital ya no es imprescindible, éste debe ser dado de alta portando un detallado informe en el que queden reflejados todos los hallazgos clínicos, analíticos o instrumentales, el juicio clínico razonado y los diagnósticos concretos identificados, el tratamiento aplicado, así como la recomendación terapéutica a seguir en el futuro, tanto por su Médico de Familia, como por el especialista de área, e incluso para las revisiones y/o curas en la Consulta externa del servicio.

El ajuste de estos datos a lo establecido en el “Conjunto Mínimo-Básico de

Datos al Alta Hospitalaria -CMBD-AH”<sup>100</sup> es crucial para el correcto tratamiento informático de los mismos, como veremos más adelante.

Clasicamente, en el area de hospitalización se disponen los despachos y estancias necesarias para el trabajo individual y en equipo de todo el personal facultativo, incluyendo la reunión, la actividad docente y la continuidad asistencial durante 24 horas.

#### -Bloque quirúrgico.

Se acepta que su gestión eficiente precisa de una unidad física claramente diferenciada. Los principios fundamentales para constituirlo son: adecuado aislamiento y control de accesos, racional circulación de personal y material, locales adecuados para la práctica quirúrgica, próximos a las salas de reanimación postoperatoria (despertar), así como vestuarios y salas de estar de personal, y áreas para espera e información a familiares que permitan su confort, y la intimidad y confidencialidad necesaria.

No debemos olvidar que en el Bloque quirúrgico hay que desarrollar también tareas docentes, por lo que las instalaciones deben estar dotadas de adecuado espacio físico y de medios visuales o audiovisuales (monitores, visores supletorios, etc...) que lo faciliten.

En un servicio quirúrgico moderno, se hace cada vez más imprescindible la disponibilidad de un Área de Estancias Cortas, o una Sección o Unidad independiente para Cirugía Ambulatoria, con un espacio físico que puede ser compartido por varios servicios, para aquellos pacientes en los que se realizará cirugía sin ingreso, pero que permanecerán unas horas en el centro por razones diagnósticas o terapéuticas concretas, y que en ningún caso deben parasitar las áreas de urgencia, observación, hospitalización, o peor aún quedar “abandonados” en una sala de espera.

Más adelante nos detendremos en este aspecto, refiriéndonos específicamente a la Cirugía Ambulatoria Maxilofacial.

#### -Exploraciones especiales

Cuando sea posible las exploraciones diagnósticas “especiales” o propias de la especialidad (endoscopias, artroscopias de la ATM, punciones-biopsias cervicales, etc...) se planificarán en tiempo y espacio, considerando que éste último debe reunir las condiciones necesarias para validar la exploración, recopilar la iconografía, redactar los oportunos informes y atender potenciales complicaciones de las técnicas.

Las exploraciones radiológicas especiales, o prácticamente exclusivas de la C.O.M.F. (ortopantomografía, etc), deben planificarse en estrecha colabo-

ración con el servicio de Radiodiagnóstico.

-Otras áreas de trabajo: Docencia e investigación.

Es imprescindible una adecuada infraestructura para el desarrollo de tareas docentes e investigadoras, como queda reflejado por ejemplo, en la Orden de 31 de Julio de 1987 <sup>101</sup> -Concierto Universidad -Insalud- que explicita las condiciones para que un hospital pueda ser considerado Universitario.

Los aspectos más destacables del Concierto son:

- 1.-Posesión de infraestructura física y recursos materiales adecuados para el desarrollo de las funciones docentes e investigadoras.
- 2.-Las instituciones sanitarias objeto de concierto contarán con un conjunto suficiente de servicios o unidades asistenciales, así como un número y variedad suficiente de patologías.  
  
Se prestará la asistencia en función de protocolos preestablecidos y existirán métodos de control y evaluación de la calidad asistencial.
- 3.-La relación numérica alumno-paciente será de 2:3.
- 4.-El hospital dispondrá de una Comisión de Docencia e Investigación y de una Comisión Central de Garantía de Calidad con sus correspondientes Comisiones Clínicas asesoras.

- 5.-Existirá una programación de actividades por servicio y se realizará un análisis y control periódico de estas actividades.
- 6.-Se exige el cumplimiento de diversos “índices de rendimiento clínico” (indicadores de calidad), de modo que se garantice una adecuada actividad asistencial.
- 7.-El hospital dispondrá de una biblioteca, que deberá poseer al menos 5000 volúmenes y 300 publicaciones periódicas actualizadas. Su horario de uso será el más apropiado para las necesidades de los alumnos.
- 8.-Para asegurar una adecuada calidad asistencial, docente e investigadora, toda Institución Sanitaria con pretensiones docentes en este marco, deberá contar al menos con 25 facultativos fijos y 40 enfermeras por cada 100 camas (al menos 1 médico por cada 4 camas y 1 enfermera por cada 2.5).

En la mencionada Orden de Julio del 87, se indican también los requisitos que deben reunir los Centros de Atención Primaria Universitarios. Sin duda esta normativa Universitaria es pionera en la instauración y potenciación de la calidad de los hospitales españoles.

### **-Contenido funcional de los Puestos Asistenciales.**

-Jefe de Servicio.

Ostenta la jefatura de todo el personal médico de su servicio, y es el responsable de todos los recursos del mismo. Depende directamente del Director Médico.

Planifica, organiza, coordina y controla la marcha de su servicio, gestionando adecuadamente los recursos, según criterios de eficiencia y calidad científica técnica. Efectuará evaluaciones periódicas de los resultados obtenidos.

Conducirá a su equipo de colaboradores en la consecución de los objetivos anuales pactados con la Dirección Médica y aprobados por el Director Gerente, en relación con el Contrato-Programa<sup>102</sup>. Demostrará los resultados obtenidos en la elaboración de la Memoria Anual del Servicio.

Es el máximo responsable técnico en el hospital, de la calidad de la asistencia que reciben los pacientes de su especialidad.

Supervisará las diferentes áreas de trabajo, identificando y solucionando los problemas o dificultades encontrados.

Planificará las actividades científicas y docentes del servicio, promoviendo la realización de sesiones clínicas, seminarios y cursos y actividades de formación continuada. Iniciará e impulsará el desarrollo de líneas y trabajos de investigación.



Mantendrá un estrecho seguimiento de las actividades de los médicos residentes, tanto de su especialidad como de otras en las que se contemplen “rotaciones” por el servicio. Tomará las medidas adecuadas para garantizar el cumplimiento del programa de formación de posgrado.

Mostrará una actitud abierta y receptiva con los demás miembros del servicio, y con todos en general, para fomentar un clima de cordialidad y solidaridad entre todo el personal, que contribuya a conseguir el mayor grado posible de satisfacción profesional. Probablemente no hay mejor instrumento de gestión de personal (motivación) que la concordancia de valores entre el trabajador y la empresa.

Según Moreau <sup>103</sup>, ex -gerente del Insalud en la época Lluç (1982-86) y gerente del Consorcio Hospitalario de Cataluña, el futuro de este puesto parece dirigirse hacia la dirección de la gestión del Servicio Sanitario. Sería como un “responsable de producto” (product manager) capaz de decidir y responder sobre la producción del servicio, su comercialización y cuenta de explotación

#### -Jefe de sección:

Es el jefe inmediato del personal médico de su sección. Depende jerárquicamente del jefe de servicio, a cuya supervisión se someterá.

Ajustará los objetivos de la sección a los generales del servicio y participará en la gestión de los recursos y en la evaluación de los resultados obtenidos.

Dirigirá la planificación científico-docente de la sección, respetando y potenciando las iniciativas investigadoras de los facultativos adscritos a la misma.

Debe promover un ambiente de trabajo solidario y gratificante dentro de la sección.

#### -Médico adjunto/Facultativo especialista (F.E.A.)

Es el facultativo que, habiendo alcanzado la formación necesaria en la especialidad, asume la responsabilidad profesional ante el enfermo, sometido a la supervisión de su jefe de sección, y del jefe de servicio.

Conoce el programa anual del servicio y se hace responsable del logro de los objetivos que se le asignen.

Realizará las tareas que le corresponden, en función de lo establecido en el programa anual del servicio, bajo la supervisión y el control de su jefe inmediato.

Sobre la actividad de los médicos residentes, nos detendremos en el siguiente apartado.

**-Actividad docente hospitalaria:El Hospital Universitario y el Hospital Docente. Los alumnos y los Médicos Residentes.**

Que en un hospital se desarrollen actividades docentes no implica que éste sea universitario. Es Hospital Universitario aquel que tiene firmado un concierto con una Universidad, para impartir docencia de una titulación de Ciencias de la Salud. En general el concierto suele referirse al segundo ciclo de la Licenciatura en Medicina.

Son órganos competentes para ratificar este acuerdo, la Junta de Gobierno de la Universidad correspondiente y la entidad gestora de la asistencia en base al R.D. 1558/1986<sup>104</sup>, y a los artículos 35 de la Ley de Cohesión y Calidad y 14 de la L.O.P.S.

La constitución del Hospital Universitario implica que pasará a formar parte de su Comisión de Dirección, como miembro de pleno derecho (con voz y voto), un representante nombrado por la Junta de Gobierno de la Universidad a propuesta de las Facultades o Escuelas Universitarias implicadas en el Concierto

De forma recíproca, se establecerán fórmulas de participación del hospital u hospitales en los órganos de gobierno de la universidad implicada.

El hospital universitario así constituido, se caracteriza por dos hechos:

- La presencia de los alumnos universitarios en el hospital
- La presencia de profesores universitarios en el hospital

Los alumnos cursan asignaturas o disciplinas tuteladas por los Departamentos universitarios, que desde la promulgación del R.D. 2360/1984 son los máximos responsables de la docencia.

Con respecto a los profesores universitarios, la Ley de Reforma Universitaria (LRU)<sup>105</sup> de 1983, establece dos clases de profesores, que perviven en la actual Ley Orgánica de Universidades (LOU)<sup>106</sup> del 2001:

a) Profesores de cuerpos docentes:

- Catedrático de Universidad
- Profesor titular de Universidad
- Catedrático de Escuela Universitaria
- Profesor titular de Escuela Universitaria (No ha de ser doctor)

b) Personal Docente e Investigador contratado

- Profesor Emérito (Jubilados de cuerpos docentes)
- Profesor visitante
- Profesores Asociados

-Profesores Colaboradores

-Ayudantes no doctores/Ayudantes doctores

Las Funciones de los mismos suelen detallarse en los Estatutos<sup>107</sup> de cada Centro Universitario y en normativas específicas de la Comunidad Autónoma ( Ley 15/2003,Andaluza de Universidades)<sup>108</sup>.

El artículo 35 de la LOU prevé la creación de un Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación Universitaria (ANECA),que supervisará los planes de estudio y su adecuada aplicación.

Es importante destacar que entre las distintas categorías docentes no hay Escalones de subordinación, aunque el profesorado no doctor carece de autorización investigadora. La Ley exige el título de Catedrático para optar al puesto de Rector,asi como la condición de pertenecer a Cuerpos Docentes para algunos otros cargos.

Como consecuencia de la legislación que regula los conciertos, aparecen las llamadas “plazas vinculadas”. Estas son plazas de Profesores funcionarios de cuerpo docente del Ministerio de Educación que llevan incorporada una plaza asistencial como Facultativo especialista (F.E.A.). Este profesor vinculado sigue dependiendo laboralmente de la universidad. Por lo tanto no es

personal estatutario, y si bien sus funciones asistenciales son las propias de la plaza asistencial (F.E.A., Jefe de servicio,...), estas no pueden interferir con su actividad docente.

La regulación del concierto compete a la llamada Comisión mixta, en la que están representados miembros de la universidad y del Organismo asistencial. El concierto compete también a las plazas de profesores contratados entre los facultativos del hospital en régimen de “profesor asociado”.

El término Hospital Docente por el contrario, hace referencia exclusivamente a la docencia de posgrado, y más concretamente a la especialización.

Si bien el título de especialista es expedido por el Ministerio de Educación, a través de la Subdirección General de Especialidades en Ciencias de la Salud, en la práctica la formación está bajo la tutela del Ministerio de Sanidad y Consumo, del que dependen los Hospitales (Docentes).

Para cada especialidad médica existe una Comisión Nacional en la que están representados ambos ministerios, la sociedad científica, el Consejo General de Colegios de Médicos (OMC) y los Médicos Residentes (M.I.R.).

En la actualidad la formación de Médicos especialistas se basa en el R.D. 127/1984<sup>109</sup>, que establece el denominado “sistema M.I.R.”, aunque han existido diversas normas posteriores que han establecido en varias ocasiones

“un sistema excepcional de acceso al título de especialista”.

El R.D.139/2003 <sup>110</sup>, que modifica la nomenclatura de algunas especialidades recupera la denominación de “Oral” para la Cirugía Maxilo-facial.

El artículo 24 de la L.O.P.S. prevé el establecimiento en el futuro, de Áreas de Capacitación Específica (ACEs o superespecialidades), dentro de una o varias especialidades en Ciencias de la Salud.

El Hospital Docente debe reunir unos requisitos generales para recibir a especialistas en formación, que de no existir facultarían al Consejo Nacional de Especialidades para retirar la docencia “en bloque” al mismo.

En el Centro Docente existirá una Comisión de Docencia, que velará por el cumplimiento de las diferentes normativas emanadas por los Ministerios competentes, el Consejo Nacional de Especialidades Médicas y sus diferentes comisiones.

Cada Comisión Nacional de cada especialidad es el máximo órgano asesor para el Consejo, pudiendo instar al mismo a que se retire la docencia a una determinada unidad.

Estas unidades docentes coinciden en general con las unidades asistenciales o servicios. En este sentido el Jefe de la unidad asistencial dirige también la unidad docente apoyándose en el tutor, que se ocupa fundamentalmente

de la docencia teórica y de las evaluaciones.

El médico residente asume una responsabilidad asistencial progresiva y supervisada, primando siempre y en todo caso sus intereses docentes, en consonancia con el artículo 20 de la L.O.P.S. De este modo su labor, no puede considerarse en modo alguno asimilable a la de un médico de plantilla. El residente debe participar en las actividades docentes e investigadoras del servicio, siendo muy aconsejable que complete la oportuna formación de tercer ciclo universitario (R.D. 778/98, de 30 de Abril), conducente a la obtención del título de Doctor.

Se encuentra asimismo en preparación por parte de la Organización Médica Colegial (OMC) un “Estatuto del Residente”<sup>111</sup>.

### **2.1.8.-NUEVAS FORMAS DE GESTIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS**

La estructura de los centros sanitarios públicos tradicionales, fruto de su encuadre en un marco jurídico rígido, tiene una serie de características peculiares:

- Monopolio “de hecho” de los servicios sanitarios españoles
- Posición estratégica en la actividad sanitaria nacional
- Alta trascendencia política de las actuaciones



de la docencia teórica y de las evaluaciones.

El médico residente asume una responsabilidad asistencial progresiva y supervisada, primando siempre y en todo caso sus intereses docentes, en consonancia con el artículo 20 de la L.O.P.S. De este modo su labor, no puede considerarse en modo alguno asimilable a la de un médico de plantilla. El residente debe participar en las actividades docentes e investigadoras del servicio, siendo muy aconsejable que complete la oportuna formación de tercer ciclo universitario (R.D. 778/98, de 30 de Abril), conducente a la obtención del título de Doctor.

Se encuentra asimismo en preparación por parte de la Organización Médica Colegial (OMC) un “Estatuto del Residente”<sup>111</sup>.

### **2.1.8.-NUEVAS FORMAS DE GESTIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS**

La estructura de los centros sanitarios públicos tradicionales, fruto de su encuadre en un marco jurídico rígido, tiene una serie de características peculiares:

- Monopolio “de hecho” de los servicios sanitarios españoles
- Posición estratégica en la actividad sanitaria nacional
- Alta trascendencia política de las actuaciones

- Marco retributivo funcional, régimen estatutario, etc.
- Primacía, muchas veces, de la legislación sobre la racionalidad
- Estructura centralista, falta de autonomía, etc.

Fue la aplicación de las recetas neoliberales ( presupuesto cerrado, libre elección de centro y facultativo, separación financiación-provisión, áreas de gestión, etc...) la que a principio de los noventa pone a prueba la resistencia del nuevo Sistema Nacional de Salud Español surgido de la LGS.

Ya el Informe Abril (1991), propone separar las funciones de financiación, compra y provisión de servicios, así como configurar los centros sanitarios del Sistema Nacional como Empresas Públicas regidas por el derecho privado, en lugar del administrativo.

Probablemente el elemento que inicia el cambio es la introducción de los Contratos-programa<sup>102</sup>, que establecen para los centros objetivos de producción conseguibles con una financiación máxima disponible. Estos producen varios efectos:

- Descentralización de la toma de decisiones
- Cese de la “lógica tradicional” de presupuestos incrementistas
- Vinculación de costes y actividad. Introducción de la cultura de la eficiencia.

-Necesidad de desarrollo de un sistema de medida de costes y de actividad: el C.M.B.D.

En la Comunidad Andaluza se impone el pragmatismo a la ideología y cobra fuerza la investigación y desarrollo de formas de gestión más eficientes de los centros sanitarios públicos. En 1993 se constituye la primera Empresa Pública Sanitaria Andaluza, el Hospital Costa del Sol<sup>112 113 114</sup>.

En el Territorio Insalud los cambios se producirán poco después<sup>115 116 117</sup>, en base a la Ley de Fundaciones<sup>118</sup>, en la que en la legislatura anterior el gobierno facilita “la participación privada en actividades de interés general”

La Historia de la “nueva gestión sanitaria española”, concluye desde el punto de vista legislativo, cuando en Febrero de 2003, el Tribunal Supremo, desestima un recurso de la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM) al Decreto 29/2000<sup>117</sup>, por “defectos formales en su tramitación”.

Todo comienza en la convicción de que se precisa una profunda renovación de la estructura “clásica” del Servicio Sanitario. Así se ensayan nuevos modelos con la intención de extenderlos progresivamente por todo el Sistema de Salud. Estos defienden en general las siguientes premisas<sup>119</sup>:

-Descentralización de decisiones. Autonomía de Gestión

-Introducción de la competencia y externalización de servicios

- Política de Calidad y eficiencia
- Marco jurídico flexible (en base al derecho privado ,o mejor propio)
- Laboralización del personal (contratos, despidos, incentivos, sanciones,movilidad,etc)

La creación de los nuevos modelos jurídico-organizativos, será regulada a nivel del Insalud por el Real Decreto-Ley 10/1996, en base al que se inauguraron los Hospitales de Alcorcón y Manacor, siguiendo el modelo de “Fundación” de la Ley 30/1994.

La Ley 15/1997 sobre Habilitación de Nuevas Formas de Gestión en el Sistema Nacional de Salud, se realiza en base a las recomendaciones de la “Comisión para avanzar en la consolidación del S.N.S. mediante el estudio de las medidas necesarias para garantizar un marco financiero estable y modernizar el sistema sanitario, manteniendo los principios de universalidad y equidad”.

En la citada Ley se detallan específicamente los siguientes modelos:

- Organismos Sanitarios Públicos
  - .Servicios Autónomos de Salud
  - .Empresas Sanitarias Públicas
- Sociedades Mercantiles

.Fundaciones Públicas Sanitarias

.Consortios

.Empresas anónimas públicas

.Cooperativas sanitarias

El posterior R.D. 29 /2000 diferencia entre “Fundaciones” constituidas al amparo de la Ley 30/94, y” Fundaciones Públicas Sanitarias”.

Revisamos a continuación alguno de estos modelos:

-Las Empresas Públicas de Servicios Sanitarios.

Es el modelo andaluz de gestión de los nuevos centros y servicios sanitarios. En 1993 se crea la Empresa Pública Hospital Costa del Sol, y en 1994 la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES), que absorbe los recursos de los servicios provinciales del 061 en Sevilla, Córdoba y Málaga, creados dentro del S.A.S. dos años antes.

Esta nueva empresa cuenta con una personalidad jurídica propia, en la que destacan:

-Entidad propia y gestión descentralizada.

.Dirección por objetivos, plasmados en un Contrato-Programa

-Posibilidad expresa de hacer partícipe al capital privado

- Política de Excelencia y de Calidad Total
- Máxima rentabilidad en la política de recursos
  - .Política flexible de personal
  - .Retribución personalizada.Competencia entre servicios
  - .Diversificación de servicios y productos sanitarios
  - .Búsqueda de autofinanciación.
- Formación e Investigación en Urgencias y Emergencias (EPES)

Fórmulas análogas se pusieron en práctica para Gestionar, el Hospital de Poniente Almeriense de El Egido y el Hospital del Alto Guadalquivir en Andujar (Jaén).

Tras una declaración de intenciones del nuevo consejero andaluz de Salud de Convertir al S.A.S. en un “ Holding de Empresas Públicas”, en el año 2000 la Consejería de Salud aborta, debido a la presión de los trabajadores (sindicatos) la conversión del Hospital del S.A.S. Princesa de España (Jaén), a Empresa Pública. Contemporáneamente el INSALUD aborta la conversión de uno de sus hospitales en una Fundación <sup>120</sup>.

#### -Fundaciones Públicas Sanitarias.

En virtud de leyes de creación específicas se define esta nueva forma de

gestión en el Servicio Gallego de Salud (SERGAS) con las siguientes líneas fundamentales:

-Entidad y patrimonio propio, del que podran disponer (ampliar, enajenar, vender, arrendar...), para el cumplimiento de sus fines.

Posibilidad de emplear eventuales excedentes económicos en el propio hospital. Políticas de arrendamiento (renting) de tecnologías de difícil amortización.

-Autonomía de Gestión. Política de compras propia.

-Dirección única para el hospital y los centros de su Area. Unidad de gestión del área (Gestión única de área).

-Política de Calidad, adecuación de las prestaciones a la demanda, e introducción de la competencia entre centros.

Con base a la Ley 15/1997, el INSALUD inaugura en 1998 el Hospital Fundación de Alcorcón (Madrid) y el de Manacor (Mallorca).

Con el discreto método de recurrir a la Ley de Acompañamiento de los Presupuestos generales del Estado para 1998, se someten las actividades económicas de las fundaciones a la supervisión del Ministerio de Economía, lo que limita gravemente su autonomía <sup>121</sup>.

El Real Decreto 29/2000 sobre aplicación de las Nuevas Formas de Ges-

ción Sanitaria en el territorio dependiente del Insalud, elaborado para desarrollar la Ley 15/97, ratifica estos extremos y establece el régimen estatutario para el personal de las nuevas Fundaciones <sup>122</sup>.

En la Ley de Acompañamiento de los Presupuestos de Galicia para 2001 se establece que las fundaciones públicas sanitarias gallegas no podrán acogerse en ningún caso al derecho privado, lo que según Palou <sup>123</sup>, co-autor del Plan Estratégico del Insalud supone “un movimiento de 180 grados con respecto a la trayectoria inicial”.

La nueva Ley 50/2002, de 26 de Diciembre, de Fundaciones (BOE nº 310) consagra el control público de las mismas.

#### -Los Consorcios Sanitarios.

En Cataluña, la Ley 15/90 de 9 de Julio, de Ordenación Sanitaria, posteriormente modificada por la Ley 11/95 se refiere a los Consorcios como empresas públicas sanitarias sometidas al derecho privado, con capacidad de contratación de servicios a entidades constituidas por agrupaciones de profesionales sanitarios, previamente acreditados por el Instituto Catalán de la Salud (ICS).

El R.D.29/2000 considera como consorcio “aquella organización que establece el INSALUD con las Comunidades Autónomas, la Administra-



ción local , entidades privadas sin ánimo de lucro o bien con todas ellas conjuntamente, que posee personalidad jurídica propia y suficiente para la gestión y administración de centros,servicios o establecimientos sanitarios”.

En el ámbito del Real Decreto,las sociedades en cuyo capital sea mayoritaria o única la participación del INSALUD, tendrán la consideración de “Sociedades Estatales”.

En realidad un Consorcio es sencillamente una agrupación entre dos o más entidades,que conservan su capacidad de individualizarse. En la Sanidad Pública constituyen el paradigma de separación entre gestión y provisión del servicio.

En el primer Sistema Sanitario Autonómico español constituido, el catalán, fué la forma de agrupar centros de titularidad total o parcial de los Ayuntamientos y Diputaciones (Consorcio Hospitalario de Cataluña), constituyéndose una red paralela a los Hospitales del Instituto Catalán de la Salud (ICS).

En Andalucía se ha establecido un Consorcio entre el SAS y la Orden de San Juan de Dios para el uso público del Hospital del Aljarafe Sevillano,en función de la figura prevista en la Ley de Salud de Andalucía.<sup>124</sup>

-El Modelo Alcira (Alzira) <sup>125</sup>.

En 1999, la comunidad Valenciana, contrata con ADESLAS, la construcción de un hospital en un área en la que estaba prevista la construcción de un hospital público, y el pago por cada paciente atendido (capitativo). Este sistema de pago, se extiende posteriormente a los hospitales públicos de La Plana-Villarreal (Castellón), Játiva y Denia.

Está prevista la construcción de los nuevos hospitales de la Comunidad Valenciana siguiendo este modelo

-Las Areas de Gestión. La Gerencia única de Area.

Suponen la existencia de un único gestor para todo el Area Hospitalaria. Un solo gerente gobierna los dos niveles asistenciales. Un ejemplo de este sistema en la provincia de Sevilla es el Area de Gestión del Hospital de Osuna. Podrían incluso abarcar la atención social del Area.

Se propugnan varias ventajas para este sistema:

- Reducción de cargos
- Centralización y coordinación de costes
- Planificación global y ajustada
- Coordinación y continuidad asistencial interniveles

### -Las Unidades Clínicas o Unidades de Gestión.

Son una alternativa al Servicio Asistencial tradicional, pudiendo sustituirlos, surgir de una parte de los mismos, o de la agrupación de áreas de diferentes servicios, con un criterio de eficiencia económica y de continuidad asistencial que se plasma en el control de varios “Procesos Asistenciales” (mapa de procesos).

En el año 2003 existen cuatro Unidades Clínicas en el Hospital Universitario “Virgen del Rocío” de Sevilla:

- U.C. de Enfermedades Infecciosas
- U.C. Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias
- U.C. Diagnóstica de Medicina Nuclear
- U.C. de Asistencia Médica Integral

## **2.1.9-LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y CODIFICACIÓN**

Es la ciencia un cuerpo de conocimientos resultado de la investigación llevada a cabo mediante técnicas precisas de observación de los hechos, de su análisis lógico, de formulación de hipótesis (conjeturas lógicas), de su adecuada validación (o rechazo), y de la valoración de la relevancia de los resultados <sup>126</sup>.

### -Las Unidades Clínicas o Unidades de Gestión.

Son una alternativa al Servicio Asistencial tradicional, pudiendo sustituirlos, surgir de una parte de los mismos, o de la agrupación de áreas de diferentes servicios, con un criterio de eficiencia económica y de continuidad asistencial que se plasma en el control de varios “Procesos Asistenciales” (mapa de procesos).

En el año 2003 existen cuatro Unidades Clínicas en el Hospital Universitario “Virgen del Rocío” de Sevilla:

- U.C. de Enfermedades Infecciosas
- U.C. Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias
- U.C. Diagnóstica de Medicina Nuclear
- U.C. de Asistencia Médica Integral

## **2.1.9-LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y CODIFICACIÓN**

Es la ciencia un cuerpo de conocimientos resultado de la investigación llevada a cabo mediante técnicas precisas de observación de los hechos, de su análisis lógico, de formulación de hipótesis (conjeturas lógicas), de su adecuada validación (o rechazo), y de la valoración de la relevancia de los resultados <sup>126</sup>.

La ciencia es teórica y es relativa. Es teórica, en tanto que se basa en una interpretación (más o menos aproximada) de la realidad, y es relativa en tanto sus conocimientos no son dogmáticos, no debiendo existir ningún descubrimiento del que no se pueda dudar; que no pueda ser sometido a nuevas revisiones y que no pueda ser sustituido por otro más exacto y verdadero.

El método científico es sucesivamente inductivo y deductivo. La inducción consiste en la obtención de datos mediante la observación. Estos datos deben clasificarse sistemáticamente. La deducción es la obtención de conceptos, a partir de otros conceptos previamente establecidos. Asumiendo que los datos se captan y clasifican adecuadamente, este proceso deductivo es suficientemente farragoso como para que a menudo nuestras conclusiones solo sean “probables”.

Y sin embargo, aceptando estas limitaciones, es éste el conocimiento más fiable que tenemos de las cosas, en contraposición a los que se derivan de la autoridad, la tradición, la filosofía y la revelación.

Los datos son los elementos más simples de la observación, y son captados mecánicamente por los sentidos (y a veces, en consonancia con los avances tecnológicos, con la ayuda de instrumentos).

Los datos no son los hechos sino parte de ellos. Por otra parte, los hechos de

por sí nada dicen si no se sabe interpretarlos. Su observación aislada, nada asegura, pero puede permitir formular una teoría para explicarlos. Será la posterior experiencia la que complete y reforme la teoría, que tenderá a ser cada vez más válida para explicar la realidad.

Lo inobservable no tiene porqué ser necesariamente irreal (quizás sea observable en el futuro), pero en el momento actual no puede ser objeto de la ciencia, cayendo su estudio en el campo, por ejemplo, de la Filosofía y la Teología.

Tiene así la ciencia una vocación de exactitud, buscando conocimientos y medidas de la realidad lo más precisos posibles, considerando que cuanto más exacta es una ciencia, más ciencia es.

El diccionario de la R.A.E.<sup>1</sup> reserva la acepción de ciencia exacta para las matemáticas, y considera la existencia de ciencias exactas, ciencias naturales, y ciencias sociales o humanas, consistiendo estas últimas (Historia, Filosofía, Psicología, Antropología, Política, etc), en el cuerpo de doctrina metódicamente ordenado que se ocupa de los aspectos del hombre no estudiados en las ciencias naturales.

Las ciencias exactas no deben sus verdades a la experiencia, sino a la razón (por ejemplo: "un triángulo tiene tres lados"), y son por tanto inmunes a

cualquier desmentido de la experiencia. Las ciencias naturales deben sus verdades a la observación y a la experiencia de la naturaleza. Por lo tanto estamos expuestos a que una futura experiencia “sorprendente” eche por tierra la validez de una proposición que descansaba sobre millones de observaciones coincidentes.

Pero que la ciencia médica sea un conjunto de conocimientos más o menos inexactos, susceptibles de defraudarnos, no se debe confundir con la responsabilidad en el error de la persona que aplica éstos inadecuadamente. Los fallos del técnico deben así diferenciarse de los de sus herramientas. Y es que estas herramientas (fundamentalmente, en el caso que nos ocupa, las adoptadas de la estadística) son válidas si aseguran la reproductibilidad del experimento. Esto es la obtención de los resultados esperados, a partir de la puesta en juego de los elementos iniciales necesarios.

También pueden ser válidas las herramientas de medida que, aplicadas a dos o más situaciones aparentemente análogas, nos determinen sus similitudes y/o diferencias con precisión. Estas van a ser probablemente las más útiles para descubrir (y corregir) situaciones de desigualdad.

En el último siglo, la medicina ha pasado de ser una labor empírica, a una ciencia en el pleno sentido de la palabra, ello se debe fundamentalmente a

la potenciación del método científico por dos nuevas armas :

-La tecnología médica: microscopio,Rx,RMN...y especialmente las tecnologías informáticas

-La estadística

Los métodos estadísticos de análisis de datos son útiles herramientas para estudiar la asociación entre variables, de forma que se pueda determinar si existe causalidad.Entre ellos destacamos:

-El análisis de la varianza. Permite evaluar la influencia de un factor sobre la media de una característica numérica.

-La regresión lineal.La agrupación lineal en una tabla X/Y de los resultados de dos variables,permiten estimar la relación entre ellas.

Es evidente la enorme dependencia que tiene el médico de datos, de información.

Hasta comienzos del siglo XX la información médica se manejaba mediante simple memorización. La autoridad médica y el dogmatismo se debían a la experiencia personal de los autores, difícil de cuestionar.El crecimiento exponencial de la información ha convertido esta situación en actualmente inconcebible.



La solución para una correcta gestión de la información (gestión del conocimiento) pasa actualmente por las bases de datos informatizadas<sup>127</sup>, cuyo paradigma en cuanto a índice bibliográfico es la Medline de la National Library of Medicine estadounidense, que puede consultarse a través de Internet. Otras bases de datos informatizadas son el Índice Médico Español (IME), EMBASE (Excerpta Médica) y la Cochrane library (base de datos de revisiones sistemáticas). En todo caso no hay que despreciar las fuentes del conocimiento clásicas: los libros y revistas especializadas.

Analogamente, el hospital necesita de datos sobre la actividad en los diferentes servicios para tomar decisiones acertadas. Pero no todos los datos son útiles, y la sobreabundancia de los mismos, habitual en nuestra época, (sociedad de la información) tiende incluso a dificultar las decisiones.

Debemos elegir qué datos son útiles, y como obtenerlos entre la actividad clínica cotidiana. Para ello se crea el llamado Sistema de Información Hospitalario (S.I.H.)<sup>128</sup>. En 1985 se introduce un sistema para obtener información de la actividad de los hospitales andaluces: EL SISTEMA DE INFORMACIÓN INTERHOSPITALES (INHIOS)<sup>129</sup>. Este consiste en la aplicación de determinados indicadores a diferentes servicios hospitalarios para conocer su actividad y compararla con la del resto de la red.

Se constata que este sistema permite:

- Mejor conocimiento de la realidad, lo que permite la redistribución de recursos (personal, instrumental, camas, consultas...), y la planificación de la implantación de nuevos recursos.
- Aumentar la eficiencia de los servicios

El cruce de este sistema con los datos de contabilidad presupuestaria permite una estimación de costes por ingreso y estancia de forma comparada lo que es la base del Sistema de Contabilidad Hospitalaria Andaluza (COANH)

La casuística hospitalaria o “case mix” incluye todos los tipos de pacientes atendidos por el hospital. La complejidad del “case mix” puede justificar diferencias entre los costos de los procesos en los hospitales <sup>130</sup>.

El sistema más comunmente empleado para estimar el gasto hospitalario que producen los pacientes son los GRDs <sup>131 132 133 134</sup> o Grupos Relacionados con el Diagnóstico, ideados en 1980.

Se elaboran para determinar grupos de pacientes similares desde el punto de vista clínico y que por tanto debieran acarrear un coste similar (grupos de isoconsumo de recursos). Esto es de capital importancia en un sistema sa-

nitario privado (o de gestión privada) de “pago por procesos”. Existen varias versiones ,aunque los más usados son los GRDs básicos en su versión AP-GRD 14.1 .Empleados por la Health Care Financing Administration de los EEUU para el pago de los tratamientos del Medicare.

El desarrollo de los GRDs proporcionó el primer sistema para poder establecer (y comparar) la complejidad de un hospital, en base a la complejidad clínica de los diagnósticos que atiende.También permite estudiar si la actuación ante un determinado diagnóstico ha sido la esperable desde el punto de vista clínico,y sobre todo económico.

Medir la producción de los servicios sanitarios es una tarea en principio difícil, debido fundamentalmente a tres circunstancias:

- Amplia diversidad de problemas médicos (enfermedades)
- Variabilidad individual del profesional y del paciente
- Ausencia de cultura de recogida rutinaria de datos
- Carencia de tiempo

Necesitaríamos por tanto para esta labor tres instrumentos:

- 1.-Un sistema universal de clasificación y codificación de las patolo-

gías, que facilite el tratamiento informático de los datos.

En 1976, la OMS publica la CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES -CIE -<sup>134 135</sup>. Poco después se aceptan las modificaciones clínicas (MC) propuestas por la Comisión de Actividades Profesionales y Hospitalarias de los EE.UU a la 9ª edición de la C.I.E.

Tenemos así la CIE-9-MC<sup>136</sup>, como la clasificación de referencia para toda investigación sobre la posibilidad de agrupar pacientes, tanto desde el punto de vista de los diagnósticos como de los procedimientos a los que son sometidos los pacientes, al objeto de poder evaluar los resultados obtenidos tanto de cara al usuario como al gestor del sistema.

- 2.-La adecuada programación y protocolización de actividades para disminuir la variabilidad clínica<sup>137 138</sup>.
- 3.-Un sistema homogéneo y eficaz de recogida de datos sobre los episodios de hospitalización. En este sentido, en los años 70 se implanta en EE.UU. el CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS (CMBD)<sup>100</sup>, como un conjunto predefinido de variables a recoger en

el momento del alta.

En 1982 se llega a un consenso sobre las variables a recoger (en el informe de alta). Estas son:

- 1.-Identificación del hospital (Nombre del Centro)
- 2.-Identificación del paciente (Nombre del paciente)
- 3.-Número de asistencia (Nº de Historia clínica)
- 4.-Fecha de nacimiento
- 5.-Sexo
- 6.-Residencia
- 7.-Financiación
- 8.-Fecha del ingreso
- 9.-Circunstancia del ingreso (Programado o urgente)
- 10.-Diagnóstico principal (Codificado por la CIE-9-MC)
- 11.-Otros diagnósticos (Coexisten con el principal al ingreso, o aparecen durante el mismo. Se recogen hasta 15)
- 12.-Causa externa (Código E, o causa que motivó el ingreso: por ejemplo, "atropello" - E 817.7 -)
- 13.-Procedimiento quirúrgico/obstétrico (Todo aquel realizado en quirófano o sala de partos)
- 14.-Otros procedimientos

- 15.-Fecha de intervención quirúrgica
- 16.-Fecha del alta
- 17.-Circunstancia del alta (Curación/mejoría o exitus)
- 18.-Identificación del centro de traslado (destino)
- 19.-Identificación del servicio responsable del alta
- 20.-Tiempo de gestación
- 21.-Peso del recién nacido
- 22.-Sexo del recién nacido

El programa Medicare, para la atención sanitaria pública en los EE.UU. se pone en marcha en 1966. En 1980, un equipo de la Universidad de Yale<sup>131</sup> desarrolla los DIAGNOSTIC RELATED GROUPS -DRGs- con el objetivo de agrupar los episodios de hospitalización, en función del consumo de recursos.

En 1982 se implantan en los EE.UU. constituyéndose en el primer sistema de clasificación de pacientes por grupos de isoconsumo de recursos. En los años siguientes, se introducen en los sistemas sanitarios europeos, pasando del clásico sistema de “pago por cupo” y de “pago por prestación” al de “pago por proceso”.

El sistema GRD contempla además dos aspectos de la asistencia:

-La relación entre el consumo de recursos de cada GRD, y el del estándar. Esto es el Peso Medio del GRD.

En el 2001, el Consejo Interterritorial del SNS en base al estudio del conjunto de GRDs del territorio INSALUD en el año 1999, acepta asignar el valor 1 (estándar) al resultado de dividir el coste de todos los pacientes, entre el número de pacientes atendidos<sup>139</sup>.

-La complejidad de la casuística: El índice Case-Mix.

El conjunto de GRD que trata un determinado servicio o centro constituye su casuística o "Case-Mix". El Índice Case-Mix (ICM) relaciona la complejidad de los casos de un centro con respecto al estándar.

Si un GRD tiene un peso superior a 1, esto indica que tiene un consumo de recursos superior al del "paciente tipo" pero además que tiene mayor complejidad.

Podemos concluir que no existe en la actualidad un sistema de gestión económica para servicios de salud más eficiente que el basado en estos dos elementos:

- 1.-Informatización de las áreas asistenciales
- 2.-Estandarización de diagnósticos y procedimientos mediante

### codificación CIE Y GRD

Transcribimos en el **ANEXO 1** (Pag. 315) la codificación por la CIE-9-MC de diagnósticos y de procedimientos del ámbito de la Cirugía Oral y Maxilofacial, y en el **ANEXO 2**, los GRD más frecuentemente usados.

### **2.1.10.-PROTOCOLIZACIÓN Y PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES.**

Para realizar servicios uniformes, para reducir la variabilidad del criterio médico, para racionalizar y poder reproducir y evaluar las actuaciones se introducen los protocolos para el diagnóstico y tratamiento médico.

El éxito de la protocolización de actividades depende en gran parte de la existencia de una sólida organización “general” del Centro o Servicio.

Un protocolo es “una construcción ordenada sobre un tema específico que nos permite definir una pauta de actuación unificada, consensuada entre los profesionales que van a utilizarla, metodológicamente sencilla y eficiente, y capaz de crear un sistema de registro de datos que permita evaluar su aplicación y los resultados obtenidos, con objeto de mejorar la calidad de la asistencia”<sup>137</sup>.

La protocolización pretende garantizar (en lo posible) el producto final,



### codificación CIE Y GRD

Transcribimos en el **ANEXO 1** (Pag. 315) la codificación por la CIE-9-MC de diagnósticos y de procedimientos del ámbito de la Cirugía Oral y Maxilofacial, y en el **ANEXO 2**, los GRD más frecuentemente usados.

### **2.1.10.-PROTOCOLIZACIÓN Y PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES.**

Para realizar servicios uniformes, para reducir la variabilidad del criterio médico, para racionalizar y poder reproducir y evaluar las actuaciones se introducen los protocolos para el diagnóstico y tratamiento médico.

El éxito de la protocolización de actividades depende en gran parte de la existencia de una sólida organización “general” del Centro o Servicio.

Un protocolo es “una construcción ordenada sobre un tema específico que nos permite definir una pauta de actuación unificada, consensuada entre los profesionales que van a utilizarla, metodológicamente sencilla y eficiente, y capaz de crear un sistema de registro de datos que permita evaluar su aplicación y los resultados obtenidos, con objeto de mejorar la calidad de la asistencia”<sup>137</sup>.

La protocolización pretende garantizar (en lo posible) el producto final,

esto es predecir la calidad del resultado, llegando a convertirse incluso en el paradigma de la práctica clínica correcta a efectos legales .

Bajo esta presión, en los EEUU cobran relevancia la explicitación de las “clinical pathways”( rutas clínicas),y la elaboración de “guidelines”(lineas de guía) o guías de práctica clínica (GPC). Las Guías de Práctica Clínica añaden al Protocolo, su elaboración en función de las mejores evidencias científicas disponibles, en el seno de la Medicina Basada en la Evidencia (Evidence Based Medicine o Medicina basada en las “pruebas”- M.B.E.-)<sup>140 141 142</sup>.

Aunque en la actualidad existen numerosas “guidelines” elaboradas (y refrendadas) por las Asociaciones Científicas,debemos conocer los requisitos previos para implantar con éxito una guidelines o protocolo <sup>137</sup>:

- 1.-Identificar una patología frecuente, tratada con variabilidad clínica y en la que la protocolización puede tener un impacto económico positivo.
- 2.-Desarrollo del protocolo de forma consensuada con los demás miembros del equipo que participarán en su implantación.
- 3.-Uso de un lenguaje claro.Exposición final lo más simplificada posible.
- 4.-Determinación de decisiones y realización de actuaciones amparados

por las mejores evidencias disponibles en la literatura médica (M.B.E.).

5.-Evaluación periódica de los resultados obtenidos,comparándolos con los previos a la implantación del protocolo,y con los de otros centros.

En esta evaluación se incluyen los costes (y ahorros) económicos y la satisfacción del paciente.

6.-Flexibilidad del protocolo. Posibilidad de modificarlo cuando sea necesario.Cualquier acto médico que se plantee para modificar ( complementar o sustituir) una “ruta clínica, solo puede establecerse en el contexto de la MBE.Esta implica dudar de la efectividad de las maniobras clasicamente aceptadas por la costumbre o tradición,o porque “a mi me van bien”,y localizar en la literatura (en bases de datos informatizadas,como la Cochrane library de la Universidad de Oxford) pruebas (“evidences”) de que realmente son efectivas. Si las pruebas son dudosas podemos con servar las técnicas a la espera de nuevos estudios.

Si las pruebas son inexistentes o , sobre todo si son en sentido contrario,deberemos plantearnos suprimir esas maniobras .

Esta técnica puede recortar los gastos de la asistencia, al suprimir servicios y técnicas avalados unicamente por la costumbre.

En 1997, una comisión de la Asociación Andaluza de Cirugía Oral y Ma-

xilofacial elabora por encargo del S.A.S. los “Protocolos de diagnóstico y Tratamiento en Cirugía Oral y Maxilofacial”<sup>91</sup>

Por último, unas pocas líneas referentes a los Programas de Salud. Estos son “un conjunto de actividades explícitas, destinadas a alcanzar un objetivo concreto y previamente definido de salud, en una población determinada y con una evaluación a realizar en un periodo concreto”. Esta programación tiene varias fases: el diagnóstico de salud, la definición de objetivos concretos, y la explicitación de las actividades a desarrollar para alcanzar los objetivos y la forma de evaluar el éxito o fracaso del programa.

Clásicamente los programas de Salud se aplican para la promoción de la salud y el diagnóstico precoz de las patologías de la comunidad <sup>138</sup>. Un ejemplo de los mismos son los clásicos programas de Salud Bucodental (infantil –PADI-) para los que se define y monitoriza el índice CAO (dientes Cariados-Ausentes-Obturados).

### **2.1.11.-GESTION DE RECURSOS HUMANOS**

#### **-Aspectos Generales**

No puedo iniciar este apartado sin dejar constancia de mi rechazo al término “recurso” <sup>1</sup> (humano) -medio de cualquier clase que, en caso de nece-

### **2.2.11.- DEMANDA Y NECESIDAD ASISTENCIAL**

Las instituciones sanitarias públicas tradicionalmente hacen estudios sobre las necesidades de la población a la que debe atender, y en función de ellas adecúa sus recursos: financiación, material, plazas profesionales... Se realiza una priorización de las necesidades, y se asume cuales se van a atender, como, donde y por quien. Esto es, como veremos más adelante, la llamada planificación Estratégica<sup>271 272</sup>. Lo representamos gráficamente en las **FIGURAS 13 y 14** (Pag. 293)

Para la empresa privada, es crítico responder adecuadamente a la demanda de los clientes, pero no tiene que plantearse una priorización de las necesidades de la población, ni las fuentes de financiación, que serán directamente los demandantes.

Como postulan abiertamente los publicistas<sup>211</sup> la demanda es claramente manipulable, pudiendo ser promovida por la propia institución y/o sus profesionales.

Parece por tanto claro que no es lo mismo necesidad que demanda. Según el DRAE demanda es (comercialmente) la “petición o encargo de mercancías”. Mientras que necesidad es la carencia de “cosas que son menester pa-

ra la conservación de la vida (o de la salud)". Sin duda, en las sociedades modernas la demanda supera con creces la necesidad cayendo en el "consumismo".

Desde el punto de vista político el binomio demanda-necesidad, en principio difícilmente escindible, es el que va a determinar la priorización de las actuaciones, respondiendo a una "demanda" con una "oferta".

Para ilustrar la fácil manipulación de la demanda recordamos un estudio de 1994<sup>273</sup> en el que un actor (cliente misterioso) se presenta como falso paciente asintomático, pero aquejado de la inclusión de los terceros molares, que consulta a varios profesionales:

- 15 odontólogos de práctica privada
- 20 odontólogos con un convenio con una aseguradora
- 21 Cirujanos Maxilofaciales de práctica privada

Los resultados muestran que la indicación de exodoncia del número máximo de piezas es mayor por los cirujanos, seguido de los odontólogos de práctica privada.

Las estrategias de Gestión de la utilización<sup>274</sup> se centran en técnicas para evitar o reducir la demanda (abuso) de servicios por parte de los pacientes/

usuarios para reducir gastos y secundariamente reducir la presión que soportan los profesionales públicos. Entre estas técnicas, algunas ya explicitadas en el “Informe Abril”, se encuentran:

- El ticket moderador, el copago y la “factura sombra”. (Técnicas explícitas)
- El papel de “filtro” (gatekeeping) de los médicos de cabecera.
- Los programas de segunda opinión quirúrgica
- La gestión de casos y la revisión de la utilización
- La planificación del alta.

Un breve comentario sobre los programas de segunda opinión, del tipo del recientemente aplicado en la Comunidad Andaluza<sup>275</sup>. Estos son sólo aplicables en cirugía electiva, habiéndose constatado reducciones en las tasas globales de esta cirugía de hasta un 41% en un plazo de 3 años. Esto se interpreta como debido a una limitación de las indicaciones quirúrgicas, cuando el primer cirujano sabe que será revisado, y al incremento en la indecisión de los pacientes ante discrepancias entre los profesionales aunque solo sean aparentes.

Tres son los requisitos establecidos para implantar un programa de gestión de la utilización:

- La constatación de un número significativo de casos de uso inapropiado (abuso) de un servicio o tratamiento médico quirúrgico.
- Que la implantación del programa no suponga merma en la calidad asistencial.
- Que el coste del programa sea menor que el ahorro conseguido.

No abundan los estudios sobre demanda asistencial en Cirugía Maxilofacial. Marin<sup>276</sup> en 1997 describe la demanda de asistencia Odontoestomatológica en un medio extrahospitalario.

En otro estudio<sup>277</sup> de 1996, se valora la demanda de un Servicio Hospitalario de Cirugía Maxilofacial que atiende a una población de 2.000.000 de habitantes, durante los años 1991,92 y 93 obteniéndose respectivamente una demanda del 0.19%, 0.18% y 0.19% de la población.

Las cifras se obtienen sumando los enfermos nuevos vistos en consulta a los de urgencias. Con estos pacientes no existía en aquellos momentos lista de espera de consultas (1ª visita), pero sí para ingresos, con 430, 388 y 388 pa-



cientes respectivamente. La existencia de lista de espera es, como veremos en el siguiente apartado, el exponente de un desajuste entre los medios asistenciales (oferta) y la demanda de servicios de la población

### **2.2.12.-DEMORA ASISTENCIAL.LA GESTIÓN DE LA LISTA DE ESPERA**

La lista de espera es la principal causa de insatisfacción respecto a la asistencia especializada ( pública ) en nuestro medio <sup>278 279 280 281</sup>. Esta circunstancia justifica su gran importancia política.

En este estado de cosas,es primordial el rigor en el tratamiento y difusión de la información referente a la misma <sup>259</sup>

Consideramos que existe una lista de espera “técnica”, necesaria en cualquier servicio de cirugía programada.La programación de las intervenciones al menos dos semanas antes,permite optimizar el resto de las actividades de los profesionales: consulta,clases,seminarios,investigación,etc...Por otra parte permite la adecuada valoración por el anestesista (consulta de preanestesia) y eventualmente por otros especialistas necesarios para minimizar el riesgo quirúrgico.

Además permite al paciente organizar sus actividades cotidianas.

cientes respectivamente. La existencia de lista de espera es, como veremos en el siguiente apartado, el exponente de un desajuste entre los medios asistenciales (oferta) y la demanda de servicios de la población

### **2.2.12.-DEMORA ASISTENCIAL.LA GESTIÓN DE LA LISTA DE ESPERA**

La lista de espera es la principal causa de insatisfacción respecto a la asistencia especializada ( pública ) en nuestro medio <sup>278 279 280 281</sup>. Esta circunstancia justifica su gran importancia política.

En este estado de cosas,es primordial el rigor en el tratamiento y difusión de la información referente a la misma <sup>259</sup>

Consideramos que existe una lista de espera “técnica”, necesaria en cualquier servicio de cirugía programada.La programación de las intervenciones al menos dos semanas antes,permite optimizar el resto de las actividades de los profesionales: consulta,clases,seminarios,investigación,etc...Por otra parte permite la adecuada valoración por el anestesista (consulta de preanestesia) y eventualmente por otros especialistas necesarios para minimizar el riesgo quirúrgico.

Además permite al paciente organizar sus actividades cotidianas.

El problema surge, cuando la organización no es capaz de asegurar la cirugía no urgente en un plazo razonable.

Obviando el ya mencionado problema de la consecución y mantenimiento de la adecuada productividad en las empresas públicas, las listas de espera surgen<sup>282</sup> de la desadaptación entre la demanda y la oferta asistencial.

Ante la persistencia de una misma oferta, el progresivo aumento de la demanda llega a producir listas de espera de proporciones desmesuradas, permanentes en el tiempo y en constante crecimiento, que impiden al ciudadano hacer efectivo su derecho a la atención sanitaria.

A la lista de espera, pensamos también contribuyen las mayores exigencias de seguridad diagnóstica y perioperatoria en los últimos años.

Ante la presencia de la lista de espera es primordial determinar si la oferta es la óptima: adecuación de ingresos, estancia media, rendimiento de quirófano, etc... Además, lo crucial no es cuantos pacientes hay en lista de espera, sino cuanto esperan<sup>283 284</sup>. En efecto, si tenemos por ejemplo una lista de espera quirúrgica de, por ejemplo, tumores benignos de 1000 pacientes, y la espera es de 2 meses, la situación es mucho mejor que si hay 10 pacientes pero la espera es de un año.

En resumen, ante la lista de espera (quirúrgica –LEQ-) hay que valorar:

1.-¿Son adecuados los medios disponibles ?

.Protocolo de adecuación de ingresos (PAE)

.Duración adecuada del ingreso (Estancia media)

.¿Existe una alternativa al ingreso?(Cirugía Ambulatoria)

.¿Es óptimo el rendimiento de los quirófanos?

2.-¿Qué tiempo de espera para la cirugía es razonable?

### **-Adecuación de los ingresos**

Es muy importante que ingresen los que lo deben hacer ( y permanezcan el tiempo necesario en el hospital). Para determinar estos extremos debe desarrollarse un Protocolo de Adecuación de Ingresos-Estancias (P.A.E), por patologías, pero sin olvidar otros aspectos asistenciales que pueden motivar y mantener la hospitalización,valorando los casos concretos más allá de los cuadros clínicos del paciente.Por ejemplo:

#### **1.-Necesidad de hospitalización por motivos médicos**

1.1.-Intervención quirúrgica urgente,cateterización cardiaca, angiografía, biopsia , paracentesis, toracocentesis, procedimientos invasivos o cualquier tratamiento médico que requiera vigilancia estricta en el mismo día.

1.2.-Intervención programada con alto riesgo anestésico o preoperatorio

1.3.-Tratamientos nuevos o experimentales que requieran frecuentes ajustes de dosis bajo supervisión médica

1.4.-Monitorización por un médico,por lo menos 3 veces al día

1.5.-Día inmediatamente posterior a la intervención quirúrgica en pacientes con:

-Intervención compleja/apertura de cavidades

-Alto riesgo de hemorragia/trastornos de la coagulación

-Imposibilidad de cuidados extrahospitalarios del paciente

-Trastornos psíquicos

2.-Necesidad de hospitalización por motivos de enfermería:

2.1.-Terapéutica respiratoria y/ o ventilación mecánica por lo menos 3 veces al día

2.2.-Terapéutica parenteral endovenosa

2.3.-Monitorización continua de constantes vitales, por lo menos cada 30 minutos,durante como mínimo 4 horas

2.4.-Inyecciones intramusculares al menos 2 veces al día

2.5.-Medición del balance hídrico

2.6.-Tratamiento de heridas quirúrgicas mayores y drenajes

2.7.-Monitorización por una enfermera por lo menos 3 veces al día bajo la orientación de un médico

Este P.A.E. no debe considerarse un documento cerrado, pudiendo modificarse en función de los recursos que aporte la Unidad de Cirugía Ambulatoria (UCMA), como ahora veremos.

### **-La Cirugía Ambulatoria**

La clave de la gestión de la lista de espera quirúrgica, es determinar en base al diagnóstico realizado, cual es el procedimiento quirúrgico previsto, y si este puede llevarse a cabo de forma ambulatoria.

La “Cirugía Ambulatoria”.<sup>285 286</sup> es la que por definición no precisa de ingreso hospitalario.

Se puede afirmar que la Cirugía Ambulatoria existe desde los albores de la cirugía, pero como sistema organizado se inicia cuando en 1909 James H. Nicoll, cirujano del Glasgow Royal Hospital for Sick Children (Escocia), publica una serie de 9000 intervenciones en niños no hospitalizados, con resultados superponibles a los de los casos ingresados.

El primer programa moderno se lleva a cabo en 1961 en el Butterworth Hospital de Michigan (USA), y un año después Cohen y Dillon de la Univer-

sidad de Los Angeles llegan a la conclusión de que la seguridad de los pacientes quirúrgicos se relaciona más con una adecuada selección de pacientes y patologías, y valoración del riesgo anestésico, que con que estén o no ingresados.

Es en 1968 con la apertura del Freestanding Day Surgery Unit del Surgi-center de Phoenix (Arizona -USA-), cuando se alcanza la consagración de la Cirugía Ambulatoria moderna. Actualmente en USA, el índice de sustitución por este tipo de cirugía supera el 60%.

En nuestro país es a partir de 1982, cuando el grupo de Polo y García inician un programa de cirugía sin ingreso, con anestesia local para herniorrafias. Pero hasta 1992, no se publica por el Ministerio de Sanidad la “Guía de Organización y Funcionamiento de la Cirugía Mayor Ambulatoria”<sup>285</sup>

En nuestro medio, la denominación original de “day-surgery” (cirugía de día o cirugía sin ingreso) es sustituida por la de “cirugía ambulatoria”

Para la Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria (ASECMA), la Cirugía Ambulatoria es “la práctica de un acto quirúrgico-indistintamente del tipo de anestesia empleado- en el que tras un periodo de observación se remite al paciente a su domicilio en el mismo día de la intervención”.

Se subdivide en :

-Mayor.Cirugía de procedimientos de mediana complejidad que se realizan con anestesia loco-regional o general.

-Menor.Cirugía de procedimientos de escasa complejidad que se realizan con anestesia local.

Las Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) tienden a constituirse en espacios física y funcionalmente independientes.Se considera que existen cuatro tipos de Unidades de CMA (UCMA):

-Integradas.Es aquella en la que los pacientes ambulatorios y hospitalizados comparten el area quirúrgica.

-Separadas:Areas quirúrgicas independientes dentro de un mismo hospital.

-Satélites. Independiente arquitectónicamente del hospital,depende administrativamente de él.

-Free-standing.Independiente administrativa y arquitectonicamente del hospital. Si incorpora también unidades para el tratamiento médico (quimioterapia,etc...) es el conocido en nuestro medio como “Hospital de día”.

En nuestro medio encontramos fundamentalmente unidades “separadas



y satélites”(que a veces reutilizan viejos hospitales monográficos). En el Hospital Virgen del Rocío, se constituye en el año 2002 la Unidad de Gestión de C.M.A.<sup>286</sup> con sede en el Hospital Duques del Infantado ( antiguo Hospital Oncológico)

En Inglaterra en 1993<sup>269</sup> se realizó un estudio sobre la aplicación de un programa de Cirugía de día (Cirugía ambulatoria) en Cirugía Maxilofacial.

El Servicio Nacional de Salud Británico (NHS) había elaborado un plan de “Cirugía de día” para reducir listas de espera pero en su relación no se incluía ningún procedimiento de Cirugía Maxilofacial. Estos procedimientos eran:

- |                            |                     |
|----------------------------|---------------------|
| 1.-Hernias inguinales      | 11.-Criptorquidia   |
| 2.-Nódulos de mama         | 12.-Cataratas       |
| 3.-Fisura anal             | 13.-Estrabismo      |
| 4.-Varices                 | 14.-Miringotomía    |
| 5.-Cistoscopia             | 15.-Septoplastia    |
| 6.-Fimosis                 | 16.-Fractura nasal  |
| 7.-Enf.de Dupuytren        | 17.-Orejas en asa   |
| 8.-Sme. del tunel Carpiano | 18.-Legrado uterino |
| 9.-Artroscopia             | 19.-Laparoscopia    |

## 10.-Ganglión articular

## 20.-Parto

Los autores realizan un estudio retrospectivo de pacientes objeto de intervenciones oro-maxilofaciales ambulatorias tratados durante el primer trimestre de 1992, y prospectivo de los meses de Julio y Agosto del mismo año (172 pacientes en total), que se distribuyen como sigue:

-Exodoncia de dientes incluidos no complicados y de restos radiculares-----	116
-Exposición de dientes no erupcionados, para tratamiento ortodóncico-----	2
-Enucleación de pequeños quistes-----	3
-Cirugía menor sobre partes blandas-----	5
-Remoción dental simple-----	45
-Otros-----	13

Estos procedimientos, son evaluados para su inclusión en un plan de Cirugía Ambulatoria (cirugía de día) en base a 10 criterios:

CRITERIO-----	ESTÁNDAR -----	RESULTADOS
1.- <u>Previamente incluido en la lista de procedimientos</u> -----	95% codificado-----	93%

- 2.-Posibilidad de intervención rápida tras su inclusión en lista de espera-----95% dentro de 3 meses-----50%
- 3.-Los pacientes deben ser susceptibles de anestesia para cirugía de día-----99% ASA I o II-----100%
- 4.-La cirugía no debe ser larga-----95% menor de 30 min.-----97%
- 5.-Los pacientes deben volver a casa tras la cirugía-----95% de altas-----94%
- 6.-Los pacientes no precisan atención de emergencia-----95%-----98%
- 7.-Los pacientes no presentarán complicaciones postquirúrgicas-----95%-----90%
- 8.-Los pacientes no precisan una estructura diferente del hospital de día durante todo su proceso-----99%-----98%
- 9.- La cirugía debe ser satisfactoria para el profesional-----99%-----98%
- 10.-La cirugía debe ser satisfactoria para el paciente-----99%-----99%

En el Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Universitario de Oviedo<sup>287</sup>, se realiza en 1994 un trabajo sobre la situación de la Cirugía Maxilofacial ambulatoria. La cirugía ambulatoria es para ellos el conjunto de procedimientos quirúrgicos de complejidad técnica media o baja, que pueden abordarse sin precisar ingreso tras la intervención.

Otro ensayo de esta idea fué el estudio realizado en 1994 en el Area Hospitalaria de Valme (Sevilla) <sup>288</sup>, realizándose durante 10 meses 120 intervenciones bajo anestesia loco-regional, en dos sesiones quincenales, atendiendo casi exclusivamente cirugía dentoalveolar.

En este sentido, un reciente trabajo <sup>289</sup> postula que solo el 30% de las inclusiones dentarias diagnosticadas radiologicamente son tributarias de cirugía.

De todo esto se desprende que las características de la cirugía ambulatoria son ser:

- 1.- Selectiva. Previamente establecida
- 2.- Electiva. Su programación no es urgente
- 3.- De corta duración
- 4.- Sin ingreso posterior en el hospital (ni anterior)
- 5.- Sin más complicaciones que la organización tradicional
- 6.- Satisfactoria para el usuario

El éxito del programa de CMA depende de una correcta selección del procedimiento a realizar y en la determinación del riesgo perioperatorio del paciente en el que también tiene importancia su entorno.

-Requisitos del Procedimiento:

- .Riesgo mínimo de hemorragia postoperatoria
- .Dolor postoperatorio de fácil control por vía oral
- .Duración inferior a 90 minutos
- .Ausencia de apertura de cavidades (laparoscopia)
- .Ausencia de drenajes de alto débito

-Criterios de exclusión

- .Negativa del paciente o familiares
- .Trastornos de la coagulación
- .Drogodependientes
- .ASA >II (III – IV)
- .Obesidad importante (>30%)
- .Trastornos psiquiátricos y drogodependencias
- .Alergias múltiples (latex,fármacos,...)
- .Habitat inadecuado (aislamiento, distancia al hospital mayor a una hora,etc.)

En el Contrato-Programa del año 2000 entre el Servicio Andaluz de Salud y los Hospitales<sup>290</sup> se relacionan las patologías susceptibles de trata-

miento en una UCMA, desglosadas por especialidades:

-Cirugía General:

- |                                |                          |
|--------------------------------|--------------------------|
| .Hernia de la pared abdominal  | .Sinus pilonidal         |
| .Varices de mm. inferiores     | .Fístula anal y perianal |
| .Tumoraciones benignas de mama | .Hemorroides             |

-Traumatología

- |                                                  |                                 |
|--------------------------------------------------|---------------------------------|
| .Ganglionectomía                                 | .Liberación tunel carpo         |
| .Enf. Dupuytren                                  | .Extracción material osteosínt. |
| .Artroscopia                                     | .Meniscectomía                  |
| .Hallux valgus y otras deformidades de los dedos |                                 |

-Oftalmología

- |                                      |                     |
|--------------------------------------|---------------------|
| .Intervenciones sobre apto. lacrimal | .Cía de cataratas   |
| .Intervenciones sobre párpados       | .Cía del estrabismo |
| .Trabeculectomía                     |                     |

-O.R.L.

- |                                  |                  |
|----------------------------------|------------------|
| .Intervenc. sobre oído medio     | .Amigdalectomía  |
| .Intervenc. sobre pirámide nasal | .Nódulos vocales |

-Ginecología

- |                                    |                      |
|------------------------------------|----------------------|
| .Intervenc. sobre ovario y trompas | .Miomectomía uterina |
|------------------------------------|----------------------|

.Intervención sobre cuello uterino .Legrado

.Diagnóstico sobre útero y estructuras de soporte

#### -Urología

.Resección endoscópica vesical

.Intervenc.sobre testículos

.Biopsia prostática

.Vasectomía

.Fimosis

Tras la promulgación por la Junta de Andalucía del Decreto de Garantía de Respuesta Quirúrgica (209/01)<sup>167</sup>, el S.A.S. ha pactado con las Sociedades Científicas implicadas en este tipo de cirugía, la ampliación a algunas otras patologías que engrosan las listas de espera. Por ejemplo con la Asociación de Cirugía Pediátrica de Andalucía, la excisión de tumoraciones/infecciones cervicales (quiste, vestigio, infección o fístula de la hendidura branquial)<sup>291</sup>.

Para concluir, digamos que la Cirugía Ambulatoria permite reducir el coste por proceso y mejora la eficiencia del hospital siendo un instrumento eficaz para reducir la LEQ, manteniendo los niveles de seguridad y satisfacción para el paciente.

Desde el punto de vista del servicio hospitalario, está claro que “libera” ca-

mas del area de hospitalización,pero esto también puede conseguirse por otros medios, como el aumento del rendimiento de los quirófanos <sup>292</sup>.

Resuelto,o en vías de resolución a juicio de la administración, el problema de la lista de espera quirúrgica,el reto futuro está en el abordaje de las listas de espera para consultas especializadas <sup>293</sup> y para pruebas diagnósticas, cada vez más resolutivas y menos agresivas <sup>294 295</sup>.En este sentido se introducen progresivamente las llamadas “Consultas de alta resolución” <sup>93</sup> y consultas por acto único, que mediante la accesibilidad y la coordinación de las exploraciones complementarias, evitarán futuras demoras y desplazamientos innecesarios y molestos para los pacientes y poco eficientes para los gestores.

En cuanto a las estancias medias “adecuadas” por GRD,transcribimos dentro del **ANEXO 2** (Pag. 348) las reflejadas en el Contrato-Programa S.A.S. -Hospital Virgen del Rocío 1999

### **-Tiempos de espera en función de las patologías**

Finalmente, apartándonos en lo posible de los aspectos sociales, políticos y administrativos,podríamos intentar determinar desde un punto de vista exclusivamente médico, que tiempo de espera <sup>283</sup> para la cirugía maxilo-



facial reglada puede ser razonable, desglosado por patologías:

1.-Patología de las Glándulas salivales:

- .Parótida: Tumores mixtos y otros-----3 meses
- .Submaxilar:Tumores benignos,submaxilitis litiásicas-----4 meses
- .T.de Whartin,quistes y tumores quísticos-----3 meses
- .Otra patología-----3 meses

2.-Quistes y tumores benignos:

- .Quistes maxilares-----4 meses
- .Quistes y tumores benignos cervicales-----3 meses
- .Tumores benignos de cara y boca-----6 meses
- .Tumores no odontogénicos maxilares-----3 meses

3.-Secuelas y patología diversa:

- .Reconstrucciones-----6 meses
- .Sinusopatías-----6 meses
- .ATM-----6 meses

4.-Cirugía Oral

- .Policaries-----2 meses

- .Tumores odontogénicos-----2 meses
- .Terceros molares incluidos-----2 meses
- .Otras inclusiones y otra cirugía oral-----2 meses

#### 5.-Malformaciones.

-----6 meses

Por otra parte,el Contrato-Programa para hospitales<sup>102</sup> de 1998,ya fija como demora máxima para ingreso,los 180 días (3 meses),y para la primera consulta de ¡20 días !.

En respuesta al artículo 6.1 de la Ley de Salud de Andalucía,se publica en Octubre de 2001 el referido Decreto de Garantía de Plazos de Respuesta Quirúrgica ,que fija un máximo de 180 días para ser intervenido dentro del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Es la medida conocida coloquialmente como “seguro sueco” y que, en caso de incumplirse,reconoce en el propio Decreto el derecho a acudir a la sanidad privada y exigir el reembolso.

Si la espera real se aleja de los valores ideales (standares), de forma acusada,deberían aplicarse de forma excepcional programas específicos (programas de choque ) para reducción de lista de espera en esas patolo-<sup>296 297</sup>

gías, que sin embargo no deberían suponer merma de la calidad asistencial.

### **2.2.13.-LAS URGENCIAS EN CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL**

Según el Diccionario, urgencia médica es la “denominación genérica de las afecciones que precisan tratamiento inmediato, adecuado e ineludible”.

La dirección del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias<sup>112 298</sup> acepta como definición de urgencia médica, la generada por la Asociación Médica Americana, y posteriormente aceptada por el Consejo de Europa: “urgencia médica es toda aquella situación que, en opinión del paciente, su familia o quienquiera que tome la decisión, requiere de una atención médica inmediata.”

Diversos factores explican la auténtica avalancha de pacientes sobre los servicios de urgencia desde los años ochenta:

-Cambios legislativos (L.G.S.-Ley 14/86-)

-Cambios socio-culturales de la población:

.Cultura de consumo y de exigencia de satisfacción inmediata con intolerancia a las esperas.

.Deficiente educación sanitaria: cultura asistencialista, falsas expectativas generadas por los medios, “pseudocultura científica”, etc.

-Deficiente actuación de la administración:

gías, que sin embargo no deberían suponer merma de la calidad asistencial.

### **2.2.13.-LAS URGENCIAS EN CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL**

Según el Diccionario, urgencia médica es la “denominación genérica de las afecciones que precisan tratamiento inmediato, adecuado e ineludible”.

La dirección del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias<sup>112 298</sup> acepta como definición de urgencia médica, la generada por la Asociación Médica Americana, y posteriormente aceptada por el Consejo de Europa: “urgencia médica es toda aquella situación que, en opinión del paciente, su familia o quienquiera que tome la decisión, requiere de una atención médica inmediata.”

Diversos factores explican la auténtica avalancha de pacientes sobre los servicios de urgencia desde los años ochenta:

-Cambios legislativos (L.G.S.-Ley 14/86-)

-Cambios socio-culturales de la población:

.Cultura de consumo y de exigencia de satisfacción inmediata con intolerancia a las esperas.

.Deficiente educación sanitaria: cultura asistencialista, falsas expectativas generadas por los medios, “pseudocultura científica”, etc.

-Deficiente actuación de la administración:

- .Falta (o error) de planificación
- .Permisividad-Falta de control de la administración
- .Desconfianza hacia el médico y hacia la organización
- .Desconfianza hacia la principal apuesta de la organización ( administración): la atención primaria

En esta situación, para dar respuesta a la masificación de las áreas de urgencias, se establecen Prioridades en la atención de los pacientes <sup>299</sup>:

-Prioridad 1. Emergencia o Urgencia vital.

Es aquella situación en la que la falta de atención médica inmediata y adecuada dará lugar a la muerte del paciente o a la producción de graves secuelas. Por ejemplo, un grave traumatismo craneofacial con el paciente en coma.

-Prioridad 2 o urgencia no demorable.

No existe compromiso vital en este momento, pero puede producirse en cualquier momento. Por ejemplo una herida cervico-facial.

-Prioridad 3. Urgencia demorable.

La patología es subsidiaria de tratamiento en el área de urgencias, pe-

ro no supone compromiso vital (a corto plazo). Por ejemplo, una celulitis odontógena.

-Prioridad 4.No urgencia o patología banal.

Pueden responder a intolerancia a la lista de espera de otros niveles asistenciales, o a derivaciones improcedentes. Dentro de esta categoría podemos incluir también diversa problemática social que solo parece encontrar alguna respuesta por parte de los profesionales de urgencias.

Las urgencias en Cirugía Maxilofacial<sup>299 300 301</sup> son variadas, diferenciando las provenientes del exterior del hospital de las originadas por la actividad médico-quirúrgica del propio servicio.

Las urgencias hospitalarias en C.O.M.F. son en gran parte motivadas por la casi total ausencia de odonto-estomatólogos públicos<sup>301</sup> dedicados a atender urgencias dentales.

Existen pocos estudios dedicados a la cuantificación de las urgencias odonto-estomatológicas. En 1996, en el Centro de Salud Isabel II ,de Parla (Madrid)<sup>303</sup> se realiza un estudio sobre las mismas. Diariamente realizan guardia dos médicos desde las 17 a las 8,30, y los domingos 24 horas. Este

horario de urgencias es el habitual en la mayoría de los Centros de Atención Primaria españoles.

En diagnósticos puramente clínicos, por carecer de otros medios, se cuantifican las demandas de atención médica de urgencias por patología exclusivamente dental.

De 8.190 pacientes atendidos, 105 lo fueron por patología dental. 85 llegaron en horario diurno y 20 en nocturno.

Los síntomas fundamentales fueron: 83.8% “dolor”, 7.6% traumatismos dentarios, 6.6% hemorragias postexodoncia, y 1.9% “inflamación”.

Lo vemos gráficamente en la **FIGURA 13** (Pag. 292)

Remitidos regladamente al odontoestomatólogo, los diagnósticos fueron: odontalgia por 70.4% pulpitis, 5.7% patología de la mucosa oral, 3.8% pericoronaritis, 1.9% periodontitis y 0.9% dolor postexodoncia. Y entre la “Inflamación”, 1.2% de celulitis y 0.7% de adenitis.

Como conclusiones, tenemos que:

.La patología dentaria de urgencia más frecuente es el dolor

.En general la concordancia diagnóstica médico general-odontólogo es

alta

.En el conjunto de las urgencias,la “patología dental” es poco frecuente.

También disponemos del estudio realizado en 1989 en el Hospital 12 de Octubre (Madrid) <sup>304</sup>. Este centro atendía a una población de 680.883 personas,y recibió 200.000 urgencias,de las que 6500 correspondieron al especialista en CMF.Esto supone 16-19 diarias.Y separadas por diagnósticos se agrupan así:

- 53.5% Traumatismos faciales
- 25.6% Patología alveolodentaria
- 9.6% Celulitis odontógenas
- 3.9% Celulitis no odontógenas
- 1.8% patología de la ATM
- 5.6% Otras patologías

Lo vemos graficamente en la **FIGURA 14** (Pag. 292)

#### **2.2.14.-LA PLANIFICACIÓN EN C.O.M.F**

##### **-La Gestión Sanitaria y la Planificación**

Planificar concierne al futuro. Planificar es anticipar cambios en la dirección deseada <sup>271</sup>.Es una extrapolación o proyección de la situación actual



alta

.En el conjunto de las urgencias, la “patología dental” es poco frecuente.

También disponemos del estudio realizado en 1989 en el Hospital 12 de Octubre (Madrid)<sup>304</sup>. Este centro atendía a una población de 680.883 personas, y recibió 200.000 urgencias, de las que 6500 correspondieron al especialista en CMF. Esto supone 16-19 diarias. Y separadas por diagnósticos se agrupan así:

- 53.5% Traumatismos faciales
- 25.6% Patología alveolodentaria
- 9.6% Celulitis odontógenas
- 3.9% Celulitis no odontógenas
- 1.8% patología de la ATM
- 5.6% Otras patologías

Lo vemos gráficamente en la **FIGURA 14** (Pag. 292)

#### **2.2.14.-LA PLANIFICACIÓN EN C.O.M.F**

##### **-La Gestión Sanitaria y la Planificación**

Planificar concierne al futuro. Planificar es anticipar cambios en la dirección deseada<sup>271</sup>. Es una extrapolación o proyección de la situación actual

hacia el futuro. A diferencia de la Previsión, que únicamente trata de averiguar que nos depara el futuro, la Planificación incluye la voluntad de modificarlo a nuestra conveniencia.

Se dice que lo único que no cambia es el cambio. Y en un mundo con continuos cambios políticos, económicos, sociales, demográficos, y tecnológicos mas o menos imprevistos, la planificación no solo no es futil, sino que es de la mayor importancia para poder garantizar los resultados previstos.

Planificar siempre es previo a gestionar. La adecuada planificación minimiza el riesgo de la gestión económica, si se ha planificado correctamente lo que se debe gestionar.

Conviene en todo caso recordar que planificar en ausencia de medios para mantener las medidas adoptadas es cuando menos inoperante.

En principio, no se dedicarán recursos adicionales a problemas puntuales,<sup>305</sup> sobre todo si no producen “alarma social”, ni a dispositivos que no van a ser de utilidad en el futuro (que “no entran en los planes”).

La planificación debería al menos poder asegurar que si los cambios del entorno no son radicales, el cumplimiento de lo planificado, de las medidas propuestas, conducirá a la consecución de los objetivos previstos.

La moderna planificación debe huir del clásico “modelo incrementista”,

en el que se asume que este cada año se necesitará lo mismo que el anterior y “algo más”, para detenerse en la evaluación de la situación de la que se parte.

Y es que clásicamente, la planificación ha tenido como finalidad articular el desarrollo de los recursos de la organización ( Epoca de expansión ). Con la aparición de los límites presupuestarios (Epoca de recesión) se pone en crisis el modelo de legitimación ético-técnológica del progresivo crecimiento de la oferta, y la planificación pasa a ocuparse más del entorno de la organización en el que se jerarquizan las demandas ,y se aplican los recursos con criterios de eficiencia social. Esta jerarquización de las necesidades-demandas, se conoce como priorización.

La ejecución de lo planeado se puede realizar en plazos temporales precisos, siguiendo un cronograma.

La planificación asimismo debe abarcar la comprobación del éxito de las medidas propuestas (Epoca de evaluación).

### **-Niveles de Planificación**

Existen diferentes niveles de planificación **FIGURAS 15 y 16** (Pag.293):

**-Planificación Política o normativa.** Se refiere a los grandes objetivos de la

Administración, que se plasman en la legislación. Por ejemplo la universalización de la asistencia de la Ley General de Sanidad.

-Planificación Estratégica. Se refiere a las prioridades de actuación para conseguir los fines principales. Se dice que es más fácil legislar que gobernar, por lo que en este nivel, que ya contacta con la realidad, frente a lo ideal está lo posible que se materializará mediante un plan de acción concreto: una estrategia.

Las estrategias se aplican típicamente en intervalos temporales predefinidos en el “planning” o cronograma

La Consejería de Salud de la Junta de Andalucía reúne estas estrategias en los Planes de Salud (PAS)<sup>306 307 308</sup>, encontrándose actualmente vigente el tercero que prevé acciones entre el 2003 y 2008. y que se inspira en el documento de la Oficina regional Europea de la OMS “Salud para todos en el Siglo XXI”<sup>309</sup>. Las líneas prioritarias del mismo son:

1.-Desarrollar un modelo integrado de salud pública moderno

.El ciudadano como centro del sistema: cliente-consumidor y propietario, al que se adapta el Sistema de Salud

.Desarrollo del Plan de Calidad de la Consejería de Salud

- 2.-Fomento de hábitos de vida saludables
- 3.-Proporcionar seguridad ante los riesgos para la salud
- 4.-Reducir la morbi-mortalidad mediante planes específicos contra:
  - .El Cancer
  - .Las enfermedades cardiovasculares
  - .Los problemas osteoarticulares
  - .Las dependencias
  - .La Diabetes
  - .Los accidentes
  - .La Patología mental
5. -Reducir las desigualdades en salud
6. -Garantizar la participación efectiva de los ciudadanos
7. -Impulsar las nuevas tecnologías sanitarias, con criterios de equidad y evidencia científica
- 8.-Impulsar acciones transformadoras derivadas de la aplicación de las nuevas tecnologías
- 9.-Desarrollar la investigación en salud y en servicios sanitarios
- 10.-Integrar los avances científicos del genoma humano en la prestación de servicios

Las acciones encomendadas al Servicio Andaluz de Salud se reúnen en su propio Plan Estratégico <sup>310</sup>.

-Planificación Táctica o estructural. Se refiere a la realización y optimiza-

ción (implementación) de las estructuras necesarias para conseguir los objetivos previstos.

Toda planificación, a cualquier nivel, comienza por un análisis riguroso de la situación de la que se parte <sup>311 312</sup>, para a partir de ahí plantear los objetivos y las estrategias para alcanzarlos. Definimos la situación en la que nos encontramos, y la gestión de las vías para alcanzar la situación en que nos queremos encontrar (objetivo o “target”).

En el caso de un servicio quirúrgico hospitalario, el objetivo fundamental es optimizar sus actividades para poder dar una respuesta adecuada a su demanda. (urgencias, consultas, hospitalización, quirófanos, ...)

En este sentido, en 1998 el Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla <sup>313</sup>, considera necesario en función de la demanda que soporta:

- 1 especialista por cada 100.000 habitantes
- 1 cama por cada 30.000 habitantes
- 1.5 jornadas diarias de quirófano por cada 30 camas
- 1 jornada de gabinete dental (quirófano para cirugía ambulatoria)  
por cada 30.000 habitantes
- 1 despacho-consulta diario por cada 450.000 habitantes

En el mismo estudio, un servicio de C.O.M.F. que atiende a una población de 1000.000 habitantes debe constar de:

- 9 especialistas
- 30 camas
- 1 quirófano diario y otro a días alternos
- 3 gabinetes para cirugía ambulatoria
- 2 despachos-consultas diarios
- 1 especialista de presencia física 24 horas
- 1 cama en UCI ,3 días a la semana

Para Andalucía, con 6.441.775 habitantes, se precisarían 6 servicios, habiendo pasado recientemente de 5 a 7<sup>314 315</sup>, estando los de Jaen y Almería en situación “embrionaria” y sin llegar ninguno a esta dotación.

### **-Cálculo de la necesidad de Recursos**

Revisemos como se calcula la necesidad de recursos en función de los factores demográficos<sup>284</sup>

a) Número de camas hospitalarias necesarias:

Puede obtenerse de forma matemática:

$$\text{N}^\circ \text{ camas} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de enfermos ingresados} \times \text{estancia media}}{\text{periodo de estudio} \times \text{indice de ocupación}}$$

La estancia media es el número de días que permanecen hospitalizados, y el índice de ocupación es el porcentaje de camas ocupadas.

Logicamente, el número de enfermos ingresados es proporcional al número de enfermos que acuden al hospital (frecuentación hospitalaria), que a su vez está en función del volumen de población atendida según la siguiente fórmula:

$$\text{Frecuentación Hosp.} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de ingresos} \times 1000 \text{ habitantes}}{1 \text{ año}}$$

Sin duda, el factor que influye más en la ineficiencia de la hospitalización (falta de camas) es la prolongada estancia media. Siguiendo a Asenjo recordamos los factores que la modifican :

-Aumentan la estancia media:

- 1.-Un mayor número de camas
- 2.-Un mayor número de facultativos
- 3.-Un índice de mortalidad más alto



- 4.-Mayor número de enfermos por facultativo
- 5.-Entrada de nuevos residentes
- 6.-Facultativo con mayor antigüedad en la especialidad
- 7.-Existencia de programa docente
- 8.-Mayor dotación en investigación
- 9.-Mayor porcentaje de ingresos desde urgencias
- 10.-Peor estado socioeconómico de la población.Los pobres tienen estancias más prolongadas.

-Disminuyen la estancia media:

- 1.-Baja dotación de camas
- 2.-Mayor demanda de ingresos
- 3.-Mayor acceso a hospitales de crónicos
- 4.-Elevado número de personal no médico
- 5.-La protocolización de actividades
- 6.-Mayor actividad en consultas externas y quirófanos
- 7.-Control sobre las estancias
- 8.-Mejor dotación tecnológica

En cuanto a la Frecuentación hospitalaria,también se han descrito los fac-

tores que la aumentan:

.Dependientes de la población:

- 1.-Edad de la población.Cuanto más vieja y pobre es una población, más uso hace del hospital.
- 2.-Concentración de la población.(Ciudades).Además el tipo de vivienda y la falta de apoyo familiar producen un mayor uso del hospital.
- 3.-Carencia de servicios extrahospitalarios.
- 4.-Factores culturales de la zona.

.Dependientes del centro hospitalario

- 1.-Proximidad del hospital.La cercanía facilita el consumo.
- 2.-Permisividad de los Servicios Centrales y gratuidad de los servicios.
- 3.-Deficiente organización interna.Como recomienda la OMS,simplemente revisando lo que se hace,se mejora el rendimiento al menos en un 30%
- 4.-Prestigio del centro, hábitos médicos y estancia media elevada <sup>316</sup>.  
Programas de investigación,innovación,.....Mortalidad.

b) Necesidad de facultativos.

Para un número de horas de trabajo de 37,5 semanales, son 5 jornadas de 7,5 horas. En total 1.642,5 horas anuales (Jornada anual).

La plantilla (P) necesaria se calcula como sigue:

$$P = \frac{\text{N}^\circ \text{ de actividades} \times \text{Tiempo establecido para cada activ.}}{\text{Jornada anual de 1 trabajador}}$$

Analogamente, podemos calcular la plantilla de enfermería, etc,...

Los datos de actividad incluidos en el oportuno Sistema de Información del servicio sanitario nos permiten documentar la situación actual, sus fortalezas y debilidades y su tendencia (amenazas y oportunidades).

En este sentido una tesis doctoral de 1991<sup>317</sup> sobre la planificación de la asistencia sanitaria en la provincia de Sevilla, en base a los datos del Sistema de Información Interhospitales (INIHOS)<sup>129</sup>, se centra en el proyecto de creación de un hospital de 2º nivel con 754 camas, para la atención de 275.000 habitantes del Aljarafe sevillano, repartidos en 28 municipios. En él se destinarían únicamente tres camas a Cirugía Maxilofacial, ya que se considera una especialidad de “escasa expansión”, y además se prevee un auge crucial de la cirugía ambulatoria. El trabajo incluye re-

referencias a los cambios poblacionales (demográficos), como el principal factor externo (amenazas/oportunidades) que puede afectar al éxito de la planificación (análisis de debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades –DAFO-).

Ya en 1990<sup>318</sup> Acero defiende que si se trata de un servicio docente y con actividad investigadora, se necesitarían 10 médicos. También se postula para toda España (sanidad pública) la necesidad de al menos 38 servicios, y de 380 especialistas.

En nuestro estudio de 1996<sup>313</sup>, sobre datos de demanda asistencial del 0.25 % de la población al año; para el servicio que sirve de modelo de estudio y que debe atender a una población de 1.625.207 habitantes, y que tiene actividad docente (pregrado y posgrado) e investigadora, se requerirían los siguientes recursos:

- 13 especialistas
- 35.5 camas
- 13 quirófanos semanales
- 13 gabinetes para cirugía ambulatoria semanales
- 12 despachos-consultas semanales
- 1 médico de presencia física 24 horas

Por extrapolación, para un hospital sin actividad docente, destinado a atender a 1.000.000 de habitantes, se precisarían :

- 8 especialistas
- 22 camas
- 8 quirófanos semanales
- 8 gabinetes para cirugía ambulatoria semanales
- 8 consultas semanales
- 1 médico de guardia 24 horas

En otro caso, la desadaptación entre la oferta y la demanda producirá, aparte de una sobrecarga laboral a los profesionales, una lista de espera, que puede acumular cientos de enfermos, y cuya resolución a corto plazo precisará de la adopción de medidas excepcionales dentro de un “Plan de Choque”, del tipo de los Equipos Móviles Andaluces, que consideramos supone merma de la calidad respecto a la estructura tradicional por obviar el seguimiento de los pacientes por su cirujano.

Revisando en la bibliografía sobre las necesidades de especialistas en Cirugía Maxilofacial encontramos un estudio norteamericano<sup>319</sup> de 1993 que propone, la necesidad de 2.5 especialistas por cada 100.000 habitan-

tes. Aunque los datos están sesgados por la diferente cartera de servicios de la especialidad y la organización del sistema sanitario, llama la atención la comparación de los datos europeos que en 1996 muestran la existencia de menos de un especialista por cada 200.000 habitantes.

Hemos visto hasta ahora un modelo de planificación que pone énfasis en los aspectos demográficos –demanda de servicios de un núcleo poblacional, aunque también podrían tenerse en cuenta otros criterios<sup>320</sup>:

- Geográficos (1 servicio a menos de 150 kms de cada habitante)
- Políticos: 1 servicio por cada provincia. Al menos 1 servicio por cada Comunidad Autónoma (Son de reciente creación en La Rioja y Castilla la Mancha)
- Sociales: demanda de prestaciones buco-dentales

# **3.-MATERIAL Y MÉTODO**

### **3.1.-MATERIAL**

Nuestro estudio se va a realizar sobre las Memorias anuales de la actividad del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario “Virgen del Rocío” de Sevilla.

Este es un servicio de referencia, creado en 1970. Su actividad es triple: asistencial, docente e investigadora.

Aunque existen datos sobre su actividad desde 1971, nos centraremos en la misma desde 1987 hasta el 2001 (15 años). La elección del año de partida tiene varias motivaciones:

-Asistencial:

El 14 de Abril de 1986 se publica la Ley General de Sanidad marcando el inicio de la asistencia sanitaria moderna en España.

También en el año 1986 se crea el Servicio Andaluz de Salud (SAS).

A partir del año siguiente, se homogenizan las estadísticas asistenciales, en torno a 28 indicadores de la actividad asistencial, que pueden seguirse hasta la actualidad.

Hay que recordar que el servicio atiende diferente cantidad de población en función del periodo de estudio:



- .Hasta 1989 (creación del Servicio de Cirugía Maxilofacial de Cádiz-Hospital Puerta del Mar-en 1990): Area de Sevilla,y las provincias de Cadiz,Huelva y Badajoz.(3.921.300 habitantes)
- .Entre 1990 y 1997 (Creación del Servicio de Cirugía Maxilofacial de Badajoz- Hospital Infanta Cristina-en 1998):Area de Sevilla, y las provincias de Huelva y Badajoz.(2.578.700 habitantes)
- .Entre 1998 y 2001: Area de Sevilla y provincia de Huelva ( 1.625.000 habitantes).

-Docente e investigadora:

Junto a los datos asistenciales,estas 15 memorias ofrecen también un resumen de las actividades docentes e investigadoras. Si bien éste es sin duda un servicio docente desde su creación;también son de destacar en este sentido varios hitos en los años 86 y 87:

- Acreditación de la docencia de posgrado en función del R.D. 127/84 de 11 de Enero.Y en la práctica, mediante escrito de 20-10-87 de la Dirección General de Enseñanzas Superiores del Ministerio de Educación y Ciencia.
- Participación en la docencia de pregrado en virtud del R.D.1558/86, sobre concertos entre las Universidades y las instituciones sanitarias.

### **3.2.-METODO**

#### **3.2.1.-Agrupación de las estadísticas en 8 grupos de datos:**

##### 1.-Consultas Externas

1.1.-Primeras visitas

1.2.-Visitas sucesivas

1.3.-Relación primeras/sucesivas

1.4.-Curas

1.5.-Rendimiento de consultas

##### 2.-Hospitalización

2.1.-Ingresos programados

2.2.-Ingresos urgentes

2.3.-Traslados desde otros puntos del hospital

2.4.-Traslados a otros puntos del hospital

2.5.-Altas

2.6.-Exitus

2.7.-Estancia media

2.8.-Ocupación

##### 3.-Urgencias atendidas

##### 4.-Interconsultas

5.-Intervenciones bajo anestesia general (Cirugía con Ingreso)

5.1.-Número de intervenciones

5.2.-Agrupación por patologías

5.3.-Rendimiento de quirófano

6.-Intervenciones bajo anestesia local (Cirugía sin ingreso/ambulatoria)

6.1.-Número de intervenciones

6.2.-Rendimiento de quirófanos

7.-Demanda asistencial (por cada 100 habitantes)

8.-Demora asistencial (Lista de espera)

8.1.-Primera visita

8.2.-Cirugía ambulatoria

8.3.-Ingreso

## **4.-RESULTADOS**

## **4.-RESULTADOS**

### **-ANALISIS DE LA EVOLUCIÓN DE LOS DATOS**

#### **4.1.-CONSULTAS EXTERNAS (FIGURA 17 Pag.294 )**

	<b>Visitas Sucesivas</b>	<b>Primeras Visitas</b>	<b>Relación Prim/Suces.</b>	<b>Curas</b>	<b>Rendimiento Consultas</b>
<b>1987</b>	1749	5722	3.2	852	83.15%
<b>1988</b>	1910	7366	3.8	1013	78.21%
<b>1989</b>	1713	8223	4.8	1082	76.34%
<b>1990</b>	1884	7559	4.0	1083	71.24%
<b>1991</b>	2307	7593	3.2	1021	74.91%
<b>1992</b>	2142	8370	3.9	1104	78.47%
<b>1993</b>	2201	7566	3.4	963	78.07%
<b>1994</b>	2172	8258	3.8	1024	88.10%
<b>1995</b>	2503	8754	3.4	957	85.13%
<b>1996</b>	2566	9877	3.8	1117	87.23%
<b>1997</b>	2351	10.143	4.3	1228	83.90%
<b>1998</b>	1928	10.807	5.6	1387	96.70%
<b>1999</b>	1658	7516	4.5	1250	73.12%
<b>2000</b>	1718	6543	3.6	1209	71.43%
<b>2001</b>	1167	6396	5.4	1652	72.43%

**4.2.-HOSPITALIZACION (FIGURA 18 Pag.294)**

	<b>Ingresos Programados</b>	<b>Ingresos Urgentes</b>	<b>Total Ingresos</b>	<b>Altas</b>	<b>Exitus</b>
<b>1987</b>	175	262	437	436	0
<b>1988</b>	239	277	516	512	0
<b>1989</b>	235	257	492	489	1
<b>1990</b>	228	208	436	434	0
<b>1991</b>	201	237	438	441	0
<b>1992</b>	231	255	486	483	3
<b>1993</b>	286	303	589	588	5
<b>1994</b>	476	112	588	597	4
<b>1995</b>	336	215	551	549	3
<b>1996</b>	172	412	584	580	2
<b>1997</b>	189	380	569	567	4
<b>1998</b>	446	226	672	673	6
<b>1999</b>	410	229	639	638	3
<b>2000</b>	240	361	601	603	5
<b>2001</b>	251	231	482	484	4

	<b>Estancia Media (días)</b>	<b>Indice de Ocupación</b>
<b>1987</b>	16.83	125.37%
<b>1988</b>	14.27	116.23%
<b>1989</b>	12.71	108.33%
<b>1990</b>	12.04	105.88%
<b>1991</b>	13.68	104.72%
<b>1992</b>	13.14	120.51%
<b>1993</b>	11.65	100.27%
<b>1994</b>	9.70	101.15%
<b>1995</b>	9.24	111.83%
<b>1996</b>	8.19	87.95%
<b>1997</b>	10.13	100.68%
<b>1998</b>	7.67	92.65%
<b>1999</b>	6.20	71.88%
<b>2000</b>	6.55	70.55%
<b>2001</b>	7.72	78.50%

**4.3.-URGENCIAS (FIGURA 19 Pag.295).**

	<b>N° de Urgencias</b>	<b>Intervenciones urgentes con Anestesia General</b>
<b>1987</b>	581	0
<b>1988</b>	857	0
<b>1989</b>	904	0
<b>1990</b>	1393	0
<b>1991</b>	1588	6
<b>1992</b>	1653	18
<b>1993</b>	1694	28
<b>1994</b>	1569	15
<b>1995</b>	1257	12
<b>1996</b>	1253	19
<b>1997</b>	1257	12
<b>1998</b>	1255	18
<b>1999</b>	1713	17
<b>2000</b>	1523	23
<b>2001</b>	1407	20



**4.4.-INTERCONSULTAS (FIGURA 20 Pag.295)**

<b>Número de Interconsultas</b>	
<b>1987</b> -----	125
<b>1988</b> -----	327
<b>1989</b> -----	379
<b>1990</b> -----	396
<b>1991</b> -----	309
<b>1992</b> -----	331
<b>1993</b> -----	367
<b>1994</b> -----	383
<b>1995</b> -----	402
<b>1996</b> -----	396
<b>1997</b> -----	324
<b>1998</b> -----	123
<b>1999</b> -----	230
<b>2000</b> -----	289
<b>2001</b> -----	446

4.5.1.-INTERVENCIONES BAJO ANESTESIA GENERAL AGRUPADAS POR PATOLOGÍAS (FIGURA 21 Pag.296)

	Total	Tipos de cirugía*								
		1	2	3	4	5	6	7	8	9
1987	432	109	21	162	19	1	10	94	0	16
1988	401	99	37	162	23	0	12	52	0	16
1989	389	90	59	157	21	1	8	42	0	11
1990	387	92	27	190	24	0	7	37	0	10
1991	349	93	38	148	21	0	7	25	0	17
1992	363	102	39	125	24	0	9	49	2	13
1993	422	121	44	118	36	22	11	56	3	11
1994	400	129	54	90	39	25	5	35	6	15
1995	449	129	53	109	37	24	13	63	6	15
1996	518	151	53	102	57	34	12	91	4	14
1997	403	152	44	85	40	25	10	32	2	15
1998	626	177	80	124	75	25	28	91	6	20
1999	611	183	86	125	74	29	25	67	5	17
2000	544	150	76	133	47	28	21	68	4	17
2001	515	181	45	113	38	23	27	53	6	9

\*Tipos de cirugía/GRDs

Aunque no están explicitados en los registros, establecemos a posteriori los GRDs que incluyen los diagnósticos y procedimientos quirúrgicos:

-1.-Neoplasias malignas

GRD 786 Procedimientos mayores sobre cabeza & cuello por neoplasia maligna

GRD 400 Linfoma & Leucemia con procedimiento quirúrgico mayor

GRD 49 Intervenciones mayores de cabeza y cuello

GRD 401 Linfoma&Leucemia no aguda,con otras intervenciones

GRD 406 Trastorno mieloproliferativo o neoplasia mal diferenciada con intervención mayor,con C/C\*

GRD 407 Trastorno mieloproliferativo o neoplasia mal diferenciada con intervención mayor,sin C/C

GRD 408 Trastornos mieloproliferativos o neoplasias mal diferenciadas con intervención menor

GRD 64 Neoplasias malignas del oido,nariz,boca y garganta

GRD 239 Fracturas patológicas y neoplasias malignas del tejido conectivo y musculoesquelético

-2.-Quistes y tumores benignos

GRD 169 Intervenciones sobre la cavidad oral sin C/C

GRD 168 Intervenciones sobre la cavidad oral con C/C

GRD 216 Biopsias del tejido musculoesquelético y conectivo

GRD 226 Intervenciones sobre los tejidos blandos con C/C

GRD 227 Intervenciones sobre los tejidos blandos con C/C

### -3.-Traumatología

GRD 233 Otras intervenciones sobre el sistema musculoesquelético y  
Tejido conectivo con C/C

GRD 234 Otras intervenciones sobre el sistema musculoesquelético y  
Tejido conectivo sin C/C

GRD 231 Escisión y retirada de fijación interna excepto en cadera y  
Fémur

GRD 007 Intervenciones sobre nervios periféricos y craneales y otras inter-  
venciones sobre el sistema nervioso con C/C

GRD 008 Intervenciones sobre nervios periféricos y craneales y otras inter-  
venciones sobre el sistema nervioso sin C/C

GRD 37 Intervenciones sobre la órbita

GRD 53 Intervenciones sobre senos y mastoides.Edad>17 años

GRD 54 Intervenciones sobre senos y mastoides.Edad 0-17 años

GRD 56 Rinoplastia

GRD 72 Traumatismo nasal con deformidad

### -4.-Glándulas salivales

GRD 50 Sialoadenectomía

GRD 51 Intervenciones sobre las G.salivales excepto sialoadenectomía

-5.-Secuelas

GRD 217 Desbridamiento de herida e injerto de piel,excepto mano,por enfermedad musculoesquelética o conectiva.

GRD 280 Traumatismos de piel,tejido subcutáneo o mama con edad>17 años,con C/C

GRD 439 Injertos de piel por heridas

GRD 440 Desbridamiento de heridas

GRD 444 Lesión traumática,edad>17 años con C/C

GRD 446 Lesión traumática 0-17 años

-6.-Malformaciones

GRD 468 Procedimiento quirúrgico extenso,sin relación con el diagnóstico principal.

GRD 477 Procedimiento quirúrgico no extenso, sin relación con el diagnóstico principal.

GRD 268 Intervenciones plásticas de la piel, tejido subcutáneo y mama

GRD 387 Prematuros con problemas mayores

GRD 389 Recién nacido a término con problemas mayores

-7.-Infecciones y dentoalveolar

GRD 187 Extracciones y reparaciones dentales

GRD 186 Enfermedades dentales y orales,excepto extracción,de 0-17 años

GRD 185 Enfermedades dentales y orales,excepto extracción,de>17 años

GRD 238 Osteomielitis

GRD 278 Celulitis,edad >17 años,sin C/C

GRD 277 Celulitis,edad >17 años,con C/C

GRD 279 Celulitis 0-17 años

GRD 263 Injerto/desbridamiento de piel por úlceras o celulitis con C/C

GRD 264 Injerto/desbridamiento de piel por úlceras o celulitis sin C/C

GRD 415 Intervenciones por enfermedades infecciosas o parasitarias

GRD 418 Infecciones postoperatorias y postraumáticas

-8.-A.T.M.

GRD 232 Artroscopia

GRD 242 Artritis sépticas

GRD 246 Artropatía inespecífica

GRD 248 Tendinitis,miositis y bursitis

- 9.-Otras

GRD 63 Otros procedimientos quirúrgicos sobre oído,nariz,boca y garganta

GRD 55 Intervenciones miscelaneas de oído,nariz,boca y garganta

GRD 073 Otros diagnósticos de oído,nariz,boca y garganta.Edad>17 años

GRD 074 Otros diagnósticos de oído,nariz,boca y garganta.Edad 0-17 años

GRD 256 Otros diagnósticos de sistema musculoesq. Y tej. conectivo

GRD 291 Intervenciones tiroglosas

\*C/C: Comorbilidades y/o complicaciones

-RENDIMIENTO DE QUIRÓFANOS Y SUSPENSIÓN DE INTERVEN-  
CIONES BAJO ANESTESIA GENERAL.( **FIGURA 22** Pag.296).

	<b>Rendimiento de Quirófano</b>	<b>Suspensión de Intervenciones</b>
<b>1987</b>	58.23%	0
<b>1988</b>	57.41%	0
<b>1989</b>	60.17%	3
<b>1990</b>	56.68%	6
<b>1991</b>	66.69%	8
<b>1992</b>	66.18%	9
<b>1993</b>	65.41%	11
<b>1994</b>	65.23%	13
<b>1995</b>	68.18%	12
<b>1996</b>	63.21%	15
<b>1997</b>	68.42%	19
<b>1998</b>	64.02%	17
<b>1999</b>	75.05%	14
<b>2000</b>	77.81%	16
<b>2001</b>	86.61%	13

**4.5.2.-INTERVENCIONES BAJO ANESTESIA LOCAL.(FIGURA 23**

Pag.297)

	<b>Total</b>	<b>Rendimiento de Quirófanos</b>
<b>1987</b> -----	1069-----	68.21%
<b>1988</b> -----	1857-----	71.02%
<b>1989</b> -----	1977-----	73.52%
<b>1990</b> -----	2060-----	81.51%
<b>1991</b> -----	2061-----	81.52%
<b>1992</b> -----	2099-----	82.01%
<b>1993</b> -----	2039-----	81.51%
<b>1994</b> -----	1914-----	73.52%
<b>1995</b> -----	1983-----	81.02%
<b>1996</b> -----	2238-----	84.12%
<b>1997</b> -----	2520-----	85.07%
<b>1998</b> -----	2350-----	75.24%
<b>1999</b> -----	2338-----	75.18%
<b>2000</b> -----	3544-----	87.11%
<b>2001</b> -----	3050-----	86.76%



**4.6.-DEMANDA ASISTENCIAL (FIGURA 24 Pag. 297)**

Es la suma de los pacientes atendidos en consulta, urgencias, interconsultas, e intervenidos ambulatoriamente o con ingreso, más los pacientes que pasan a engrosar la lista de espera.

La población a asistir fue de:

-Hasta 1989: 3.921.300 habitantes (Badajoz, Cádiz y parte de Sevilla y Huelva)

-1990-1997: 2.578.700 habitantes (Se suprime Cádiz)

-Desde 1998: 1.625.000 habitantes (Area Hospitalaria de Sevilla, y Huelva)

Por tanto:

	<b>Total pacientes Atendidos</b>	<b>Porcentaje sobre la población</b>	<b>Total pacientes en lista de espera</b>	<b>Intervalo de espera (días)</b>
<b>1987</b>	9.281	0.23%	432	0/ 274
<b>1988</b>	12.305	0.31%	386	10/541
<b>1989</b>	13.257	0.33%	488	11/1232
<b>1990</b>	13.206	0.51%	460	11/2190
<b>1991</b>	12.397	0.48%	819	11/1981
<b>1992</b>	14.490	0.56%	672	97/1679
<b>1993</b>	14.120	0.54%	915	58/1420

<b>1994</b>	-----14.434-----	-----0.55%-----	-----923-----	-----118/1252
<b>1995</b>	-----15.254-----	-----0.59%-----	-----1314-----	-----161/677
<b>1996</b>	-----16.402-----	-----0.63%-----	-----1402-----	-----96/377
<b>1997</b>	-----10.107-----	-----0.39%-----	-----1691-----	-----15/359
<b>1998</b>	-----16.375-----	-----1.00%-----	-----2088-----	-----51/482
<b>1999</b>	-----12.971-----	-----0.79%-----	-----1353-----	-----27/363
<b>2000</b>	-----12.967-----	-----0.79%-----	-----914-----	-----87/397
<b>2001</b>	-----13.069-----	-----0.79%-----	-----1476-----	-----180/383

#### 4.7.-DEMORA ASISTENCIAL.(FIGURA 25 Pag.298)

Desglosada en tres Listas de espera

	<b>Primera Visita</b>	<b>Cia.Ambulatoria</b>	<b>Ingreso</b>
	<b>pacientes</b>	<b>pacientes</b>	<b>pacientes</b>
	<b>días</b>	<b>días</b>	<b>días</b>
<b>1987</b>	-----87-----	0-----0	345-----245
<b>1988</b>	-----311-----	40-----10	311-----541
<b>1989</b>	-----57-----	79-----16	352-----1232
<b>1990</b>	-----38-----	12-----21	410-----2190
<b>1991</b>	-----262-----	127-----97	430-----1981
<b>1992</b>	-----48-----	236-----112	388-----1679
<b>1993</b>	-----213-----	314-----109	308-----1420
<b>1994</b>	-----408-----	255-----118	260-----1252
<b>1995</b>	-----513-----	505-----213	296-----677

1996	-----257-----96	833-----315	312-----377
1997	-----46-----15	1156-----350	489-----359
1998	-----125-----51	1598-----420	374-----482
1999	-----159-----27	971-----330	223-----363
2000	-----212-----87	468-----105	234-----397
2001	-----867-----270	396-----180	213-----383

#### 4.8.-RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES.(FIGURA 26 Pag.298).

Revisamos la dotación del servicio a lo largo de estos años

	Camas	consultas/ semana	Quirófano ambulat/semana	Quirófano anestesia gral.	Médicos Staff	M.I.R
1987	-----9-----	-----5-----	-----5-----	-----5-----	-----6-----	-----6-----
1988*	-----20-----	-----10-----	-----10-----	-----5-----	-----8-----	-----5-----
1989	-----20-----	-----10-----	-----10-----	-----5-----	-----10-----	-----4-----
1990	-----20-----	-----10-----	-----10-----	-----5-----	-----9-----	-----6-----
1991	-----20-----	-----10-----	-----10-----	-----5-----	-----9-----	-----7-----
1992	-----17-----	-----10-----	-----10-----	-----5-----	-----9-----	-----7-----
1993	-----22-----	-----10-----	-----10-----	-----7.5-----	-----9-----	-----8-----
1994	-----22-----	-----10-----	-----10-----	-----8-----	-----10-----	-----8-----
1995**	-----20-----	-----10-----	-----11-----	-----10-----	-----10-----	-----8-----
1996	-----20-----	-----10-----	-----12-----	-----5-----	-----10-----	-----8-----

---

<b>1997</b>	-----16-----	-----10-----	-----12-----	-----8-----	-----10-----	-----9-----
<b>1998</b>	-----18-----	-----10-----	-----12-----	-----8-----	-----10-----	-----9-----
<b>1999</b>	-----20-----	-----10-----	-----12-----	-----5-----	-----10-----	-----8-----
<b>2000</b>	-----20-----	-----10-----	-----12-----	-----5-----	-----10-----	-----7-----
<b>2001</b>	-----20-----	-----10-----	-----12-----	-----5-----	-----9-----	-----7-----

\*En 1988 se duplica la dotación del area de consultas:

-2 despachos-consultas,5 días a la semana

-2 sillones para intervenciones ambulatorias.

\*\*En 1995 se programa una jornada de tarde a la semana para cirugía ambulatoria,y cinco jornadas semanales de quirófano con anestesia general.

## **5.-DISCUSIÓN**

## 5.-DISCUSIÓN

Vamos a realizar un análisis de cada uno de los bloques estudiando la posibilidad de optimizar los medios disponibles y en su caso, justificar la necesidad de más o de otros medios para obtener resultados de más calidad, con el objetivo último de la satisfacción del usuario:

### 5.1.-CONSULTAS EXTERNAS

#### -5.1.1.-Primeras visitas

Vemos que a partir de 1988 se dispone de 2 consultas-despacho 5 días por semana. Esto son  $250 \times 2 = 500$  días (jornadas). Considerando que no están operativas durante los meses de Julio y Agosto (45 días), en realidad hay consulta de Lunes a Viernes en horario de 8.30 a 13.30 (5 horas) 455 días al año.

Entre los años 1988 a 2001 se han visto anualmente 2.039 primeras visitas de media. Esto significan 4.48 diarias en cada una de las dos consultas.

#### -5.1.2.-Visitas sucesivas (revisiones)

Mediante razonamiento análogo al anterior, obtenemos una media de 28.283 pacientes al año, lo que supone 62.1 pacientes por cada consulta.

Sumados a las primeras visitas y partido por el tiempo total de consulta disponible, nos da una media de 4.5 minutos por paciente.

La proporción de primeras visitas/visitas sucesivas (relación S/P) es de 3.9 de media desde 1988 a 2001. Fijándonos en el año 2001, que fue el que presentó menos revisiones (6396), observamos que:

-Las neoplasias malignas (181) ocasionan una revisión mensual tras el alta durante el primer año (12 o más al año.:total 2.172).

-Las intervenciones ambulatorias (3.050), ocasionan al menos una revisión en el postoperatorio.

Ambas cifras totalizan 5222 revisiones. Esto es 11.47 diarias (5.73 por cada consulta). El resto de visitas sucesivas en el año (23.061) se deben cirugía de los años anteriores.

El elevado número de visitas sucesivas dificulta aumentar el número de primeras visitas, con lo que se crea una lista de espera.

Analizando el comportamiento de la demora para la primera visita entre 1988 y 2001, observamos una amplia variabilidad en el número de pacientes/año en lista de espera para primera visita (38-867), que no podemos relacionar con las variaciones de la población a asistir, ni con la acumulación de pacientes de ejercicios anteriores, sino con bruscos incrementos de la demanda.

En cuanto a las "curas", estas son 1114 de media anual, es decir 2-3/día

lo que es una cifra irrelevante.

Las posibles soluciones para combatir la Lista de Espera para primeras visitas son:

-Programar una consulta exclusivamente para primeras visitas.

La dedicación exclusiva de una de las dos consultas de forma monográfica a la atención de primeras visitas, y el control de los tiempos asistenciales podría subir la media existente de 8.96 primeras visitas/día (entre las dos consultas).

Durante la jornada de 5 horas de consulta (obviando los tiempos muertos), dedicando 20 minutos a cada paciente, podrían verse 15 pacientes, dedicando 30 minutos serían 10 pacientes (cifra similar a la actual), mientras que en la otra consulta se atienden solo consultas sucesivas.

-Reducir el tiempo de cada paciente en consulta.

Parece incompatible con una adecuada calidad disminuir aún más los menos de 5 minutos (4.5) que de media se dedica a cada paciente. Además es utópico pensar que el rendimiento de consultas (nº pacientes vistos/jornada de consulta) es inagotable, ya que hay que considerar que la masificación del área de consultas aumenta (incluso alar-



ga) los tiempos muertos.

-Reducir el número de revisiones.

Consideramos que supondría una merma importante de la calidad de la atención, al evitar que el paciente intervenido tuviera el contacto preciso con su cirujano. De esta forma el paciente suele acabar contactando puntualmente con otros cirujanos, o incluso dirigiéndose al servicio de urgencias. En todo caso, admitimos que se deben optimizar las revisiones.

-Programar nuevas consultas.

Consideramos que habilitando solo una jornada más de consultas a la semana (2 consultas a la semana durante 10 meses), se podrían atender 4 pacientes nuevos a la semana (320 al año), y 15 revisiones (1200 al año). Esta medida controlaría la demanda de primeras visitas, y su lista de espera.

## 5.2.-HOSPITALIZACIÓN

### -5.2.1.-Ingresos

Diferenciamos el carácter del ingreso en Urgente o programado:

-Ingresos programados:

A lo largo de estos 15 años se han producido 4115 ingresos programados, lo que supone una media de 274.33 al año.

Estas cifras, veremos que son comparables a las de los ingresos urgentes, sin embargo la diferencia estriba en que diferentes patologías, determinan diferente carácter del ingreso.

Los 4115 Ingresos han totalizado 3993 intervenciones.

Las patologías de ingreso preferentemente programado son:

-Neoplasias malignas-----	1958
-Quistes y tumores benignos-----	756
-Glándulas salivales-----	575
-Secuelas-----	239
-Malformaciones-----	205
-ATM-----	44

-Ingresos Urgentes

A lo largo de los 15 años, se han producido 3965, lo que significa un promedio de anual de 264.33. Las patologías subsidiarias de estos ingresos son: patología traumatológica, infecciones y la mayoría de la patología dentoalveolar (algunas de estas últimas, como las poliexodoncias a disminuidos psíquicos, se realizan a través de ingresos programados).

Los 3965 ingresos urgentes provocaron solo 2918 intervenciones.

### -5.2.2.-Traslados Intrahospitalarios

Nos referimos a cambios de servicio asistencial, en pacientes ingresados en el hospital. Suponen cifras anecdóticas, probablemente porque en nuestro hospital las órdenes de ingreso se cursan por los médicos de los respectivos servicios y no por los facultativos de Urgencias-Observación, medida que nos parece plausible.

Los traslados desde otros puntos del hospital son en total 50 casos en 15 años. Los traslados hacia otros puntos del hospital son 13 casos en 15 años, con destino fundamentalmente al servicio de oncología.

### -5.2.3.-Altas y Exitus

El total de ingresos en los 15 años, fue de 8.080. Se produjeron 40 exitus y 8.040 altas. La cifra en sí de 40 exitus, debe considerarse satisfactoria en un servicio que ha practicado cientos de actos quirúrgicos de alto riesgo.

En nuestra experiencia, pocos de estos exitus corresponden a postoperatorios inmediatos, y sí a pacientes con neoplasias terminales. Obtendríamos seguramente valiosa información de su estudio sistemático, que no se ha realizado. Algunos de estos casos, fallecidos en las áreas de urgencias-observación, no están contabilizados. También faltan de la relación los pacientes fallecidos en UCI.

#### -5.2.4.-Estancia Media

Se constata una disminución progresiva a lo largo de los años, pasando de 16.83 días en 1987 a 9.70 días en 1994.

Ya hemos visto los factores que influyen en este indicador, y como hemos propuesto<sup>244</sup> como estancias medias adecuadas para diversas patologías de nuestro ámbito, las siguientes:

-Neoplasias malignas-----	18 días
-Tumores benignos-----	10 días
-Traumatismos-----	8 días
-Glándulas salivales-----	9 días
-Secuelas-----	11 días
-Malformaciones-----	12 días
-Dentoalveolar e infecciones-----	2 días
-Otras-----	6 días

Esto quiere decir que el “paciente medio “ del Servicio de Cirugía Maxilo-facial tiene una estancia media (global) de 8.80 días (18-2 días).

Con estos datos, estudiando la adecuación de estas cifras a las reales del año 1995, en el que existieron 551 ingresos, parece aceptable el dato de es-

tancia media global de 9.24 días.

#### -5.2.5.-Índice de Ocupación

Se refiere al porcentaje de camas ocupadas en relación con el total. Los ingresos urgentes son en principio imprevisibles, pero su estudio a lo largo del tiempo, nos da una constante diaria, que la planta debe ser capaz de absorber.

Si todos los días se tramita, por ejemplo, un ingreso urgente, todos los días debe existir en la planta una cama disponible.

Encontramos un índice medio de ocupación en el periodo de estudio del 99.72%, con un intervalo entre el 125.37% (1987) y 71.88% (1999). La ocupación por encima del 100% implica pacientes ingresados en camas de otros servicios (pacientes ectópicos), ya que en los últimos años es intolerable (salvo en los casos previstos en el plan de catástrofes) la hospitalización en los pasillos de la propia planta.

Para que los ingresos urgentes no se acumulen en el área de urgencias, pasillos y observación, defendemos dos medidas:

- Sobre el área de urgencias: control de la adecuación y tramitación del ingreso

-Sobre el servicio de admisión :Tramitación ágil de ingresos y altas para hacer disponible la cama lo antes posible.

-Sobre la gestión de la planta:preparación y agilización de las altas

La adecuada gestión de los ingresos urgentes impedirá que no sean efectivos por la falta de camas, y que interfieran con los programados.

### -5.3.-URGENCIAS

En el periodo de estudio se han atendido 19.904 urgencias, de las cuales requieren ingreso 3965,es decir menos del 20% (19.9).Precisaron intervención urgente con anestesia general solo 171,es decir el 0.8%.

A la luz de estos datos,es incuestionable el uso inadecuado que se produce de este servicio por parte de los pacientes.

### -5.4.-INTERCONSULTAS

Desde 1987 hasta 2001,las interconsultas se han multiplicado por 3.5,quizá el factor más importante en este sentido sea el mayor conocimiento de la especialidad y de su contenido,por parte del resto del hospital.

### -5.5.-ACTIVIDAD QUIRÚRGICA:

#### -5.5.1.-Intervenciones bajo Anestesia General

Durante los años estudiados se han realizado 6811 intervenciones.

Esto arroja una media de 454 anuales. Por encima de esta media están los 4 últimos años:

Año	Intervenciones*	Rendimiento de Quirófano
1996	518	63.21%
1998	626	64.02%
1999	611	75.05%
2000	544	77.81%
2001	515	86.81%

\*Intervenciones bajo anestesia general

Analizando estos datos observamos un progresivo aumento del rendimiento de los quirófanos, pero debemos tener en cuenta que estas intervenciones, a menudo largas y complejas no permiten planificarse en mayor número, sin que se disponga de nuevos quirófanos (nuevas jornadas quirúrgicas). Nos detendremos en este análisis cuando hablemos de la “Lista de espera”, en el apartado 5.6.

#### -5.5.2.-Intervenciones bajo Anestesia Local

En Cirugía Oral y Maxilofacial, estas intervenciones son fundamentalmente

de dos tipos:

.Cirugía Dento-alveolar (la más importante):

- Exodoncias de piezas incluidas, complicadas, con coagulopatías...
- Apicectomías
- Cirugía periprotésica
- Otra cirugía dento-alveolar

.Otra Cirugía maxilofacial con anestesia local:

- Biopsia-exéresis de quistes, tumores benignos etc....

Por lo tanto, queda claro que la Cirugía Maxilofacial con anestesia local por excelencia, es la cirugía dentoalveolar. Es la cirugía que se realiza con más frecuencia, debido a la alta demanda.

De las 3189 intervenciones dento-alveolares realizadas durante el año 2001, 2335 correspondieron a inclusiones y 834 al resto.

Hasta el 40% de la demanda de la consulta externa se refiere a inclusiones dentarias, por lo tanto este es un campo en el que interesa optimizar la atención en varios aspectos:

- Alta resolución: diagnóstico y tratamiento quirúrgico en la primera visita.
- Nula variabilidad clínica: criterios explícitos para indicación de cirugía



con anestesia local. No se procederá a ingreso ni a indicación de anestesia general

Hemos visto en el texto, que solo el 30% de las inclusiones diagnosticadas radiologicamente son tributarias de la cirugía, siendo la incidencia anual de inclusiones quirúrgicas de 61.53 nuevos casos por cada 100.000 habitantes/año.

En las circunstancias actuales, sería muy conveniente que el paciente pudiese aportar en esta primera visita, un diagnóstico completo (clínico y radiológico) gestionado desde la Atención Primaria (Médico de cabecera-Odontostomatólogo de zona).

Los datos totales referentes a la cirugía bajo anestesia local son:

	Intervenciones con a.local	Cirugía dentoalveolar	Otra	Rendimiento de quirófanos
1987	1069	957	112	68.21%
1988	1857	1671	186	73.52%
1989	1977	1779	198	81.51%
1990	2060	1854	206	81.51%

1991-----	2061-----	1856-----	205-----	81.52%
1992-----	2099-----	1892-----	207-----	82.02%
1993-----	2039-----	1836-----	203-----	81.51%
1994-----	1914-----	1722-----	192-----	73.52%
1995-----	1983-----	1784-----	199-----	81.02%
1996-----	2238-----	2014-----	224-----	84.12%
1997-----	2520-----	2269-----	251-----	85.07%
1998-----	2115-----	1880-----	235-----	75.24%
1999-----	2338-----	2104-----	234-----	75.18%
2000-----	3544-----	3189-----	355-----	87.11%
2001-----	3050-----	2745-----	305-----	86.76%

**5.6.-DEMANDA Y DEMORA ASISTENCIAL ( FIG.24 y 25 Pag. 297 y 298)**

La demanda asistencial muestra dos características principales:

- Aumenta progresivamente, pasando del 0.23% en 1987 al 0.80% en 2001.
- Se mantiene independientemente de la variación de la población derechohabiente. A pesar de la reducción de población por constitución de ser-

vicios en Badajoz y Cádiz, la demanda ha aumentado.

Esta paradoja se aclara, asumiendo que la mayoría de la demanda procedía de las provincias de Sevilla y Huelva y la minoría de Badajoz, donde la lejanía geográfica al Servicio de referencia, favorecía la solución in situ de los problemas “menores”, que son los más demandados.

Si estudiamos la espera para ingreso en los últimos años, observamos que esta ha sido siempre mayor que los 180 días propugnados por las autoridades sanitarias, a pesar de la aparición/introducción de varias medidas correctoras:

- Mejora en la gestión de recursos (consultas, camas, quirófanos...)
- Aumento de recursos
- Disminución de la población derechohabiente

Pero el recurso más importante en un servicio quirúrgico, para hacer frente a la demanda es el quirófano, sobre todo el que conlleva anestesia general, que precisa de otros recursos accesorios:

- Cama de hospitalización
- Cama de UCI (eventualmente)

En el periodo de estudio, destaca la variabilidad en la disponibilidad

de quirófanos: 5/semana,7.5,8,10 y de nuevo 5/semana. Todo ello responde a determinadas situaciones coyunturales.Esta situación dificulta gravemente la programación y planificación de la actividad.

La apuesta de la administración para optimizar el rendimiento de los quirófanos en intervenciones bajo anestesia general se llama Cirugía Mayor Ambulatoria.Constatamos en este sentido:

- La falta de inclusión de la C.O.M.F. en los planes de la Administración referentes a la C.M.A.
- La falta de iniciativa de los cirujanos maxilofaciales para seleccionar y organizar sin ingreso parte de la actividad quirúrgica ( procedimientos) que tradicionalmente se resuelven con ingreso.

La disponibilidad de quirófanos para intervenciones con anestesia local es sin embargo uniforme a lo largo de los años.

Por último,otro aspecto a considerar y que de producirse causa importante descontento (insatisfacción) al usuario es el referente a suspensión de intervenciones programadas.

Observamos un aumento creciente desde el año 88 (ninguna suspensión en los años 1987 y 88), hasta las 17 suspensiones en el año 1997,con leve descenso hacia las 14 suspensiones en 2001.

Sin duda, el aumento progresivo en el número de garantías exigibles a la cirugía actual (estudios previos, consentimiento informado, disponibilidad de camas de recuperación, etc...), facilita que de fallar algún requisito, automáticamente quede suspendida la intervención. En todo caso, la suspensión de esta intervención programada debería plantear la oportunidad de resolver otra intervención.

### 5.7.-DISCUSION GLOBAL

Basándonos en todos estos datos expuestos, discutimos si los medios disponibles son suficientes para resolver la demanda y hacemos propuestas de adecuación.

#### 1.-Adecuación sobre Consultas externas e Intervenciones con anest.local:

Medios: 10 semanales

Adecuación para curaciones y visitas “sucesivas”

Problemas: .Demora para 1ª visita (Media de 600 pacientes en los años 98,99 y 01)

.Demora para Cirugía Dento-alveolar, fundamentalmente a expensas de “inclusiones dentarias”

Propuesta: 3 consultas más semanales

Resolución en 1ª visita de la cirugía Dento-alveolar.

Posibilidad de implantación de una consulta monográfica de “inclusiones”. Hemos visto que hasta el 70 % no son quirúrgicas.

## 2.-Adecuación de Ingresos Programados:

Medios: 8 quirófanos semanales y 20 camas de hospitalización

Problemas: Lista de espera para cirugía

Datos: Alto rendimiento de quirófano

Escaso número de intervenciones suspendidas

Propuesta:

.Selección de patologías que pudieran ser subsidiarias de tratamiento en una unidad de C.M.A.

.3 quirófanos semanales más y 2 camas más.

Recordemos que durante los años 1999, 2000 y 2001, la media anual de enfermos en lista de espera fue de 223,33. Calculamos ahora el número de jornadas de quirófano ( que habría que añadir a las ya disponibles), necesarias para absorber esta demanda, que redondeamos a 250 pacientes.

Desglosamos estos 250 pacientes, en diferentes grupos quirúrgicos

basándonos en los cuadros de actividad elaborados mensualmente por el servicio:

<b>Diagnóstico</b>	<b>Nº de Pacientes</b>	<b>Nº de intervenciones por jornada</b>	<b>Jornadas necesarias</b>
-Quistes y Tumores benignos	50	2.5	20
-Glándulas salivales	30	1.5	20
-Secuelas	20	1	20
-Cía.Dento-alveolar (deficientes)	70	3	23
-Malformaciones	30	1	30
-ATM	20	2	10
-Otras	30	2	15
<b>TOTAL:</b>	<b><u>250 pacientes</u></b>		<b>à <u>138 Jornadas</u></b>

Con 3 quirófanos semanales más, cubriríamos 140 jornadas anuales, así mismo sería conveniente ampliar la planta de hospitalización con 2 camas más (22), para absorber estos ingresos.

3.- Adecuación de otras actividades:

-Urgencias. Consideramos la presión asumible, siempre que se sigan

cumpliendo varias premisas:

-No ingresar como urgentes ,pacientes de la lista de espera quirúrgica.

-No ingresar pacientes cuya patología pueda resolverse en menos de 24 horas (límite de estancia en observación): celulitis odontógenas, fundamentalmente.

-Interconsultas: Aunque en número creciente, no consideramos que interfieran otras actividades del servicio.

#### 4.- Adecuación de la Plantilla Médica

Medios:

La plantilla debe elaborarse en relación a las necesidades del servicio:

-5 Jornadas de hospitalización:-----	1 médico
-5 Jornadas de urgencias e interconsultas-----	1 médico
-(10+3)13 Jornadas de consulta-----	2.6 médicos
-(10+3)13 Jornadas de Quir.ambulatorio-----	2.6 médicos
-(5+3) 8 Jornadas de Quirófano con anestesia general	
-----	3.2 médicos

TOTAL: 11 médicos (10.4)



Esto en cuanto a actividad asistencial, pero teniendo en cuenta que se trata de un servicio docente (pregrado y posgrado), consideramos que la plantilla idónea es de 12 médicos.

## **6.-FIGURAS**

**-FIGURA 1****CUESTIONARIO DE VALORACIÓN DE LA ATENCIÓN HOSPITALARIA**

(Elaborado por IESA-CSIC -INSTITUTO DE ESTUDIOS SOCIOLOGICOS DE ANDALUCÍA CONSEJO SUPERIOR DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS- por encargo del S.A.S.)

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

PEGATINA IDENTIFICATIVA
----------------------------

Este cuestionario es anónimo, le rogamos responda con sinceridad.

Para contestar marque una X en una sola casilla por pregunta.

El número de habitación del paciente era

--	--	--	--

En que mes dieron de alta al paciente

-Enero	-Mayo	-Septiembre	
-Febrero	-Junio	-Octubre	
-Marzo	-Julio	-Noviembre	
-Abril	-Agosto	-Diciembre	

La persona que contesta el cuestionario es

-El/la paciente	-Hombre	
-Un/a acompañante	-Mujer	

La edad en años de la persona que contesta es

-Menos de 14 años	-De 15 a 29 años	
-De 30 a 45 años	-De 46 a 65 años	
-Más de 65 años		

En relación con la estancia hospitalaria ¿cómo calificaría...? los aspectos que se re-

lata a continuación:

	MUY BUENA	BUENA	NI BUENA NI MALA	MALA	MUY MALA
-La Atención Sanitaria					
-El Confort de la Habitación					
-La Limpieza					
-La Comida					
-El Régimen de Visitas					
-La Información Sanitaria					
-La Identificación de los Profesionales					
-La Manera de dirigirse a Usted ha sido...					
-Si tuviera que hablar del Hospital,diría que es...					

La disposición del personal ha sido respectivamente

-Médicos/as					
-Enfermeros/as					
-Auxiliares de Enfermería					
-Personal no sanitario:administrativas,celadores,etc...					

Por favor escriba brevemente,a continuación

-¿Qué es lo que más le ha gustado de este hospital?

-¿Qué es lo que menos le ha gustado del hospital?

**Muchas gracias por su colaboración. Su opinión es de gran utilidad para mejorar la asistencia sanitaria pública**

**-RESULTADOS DE LA ENCUESTA 1999-2002**

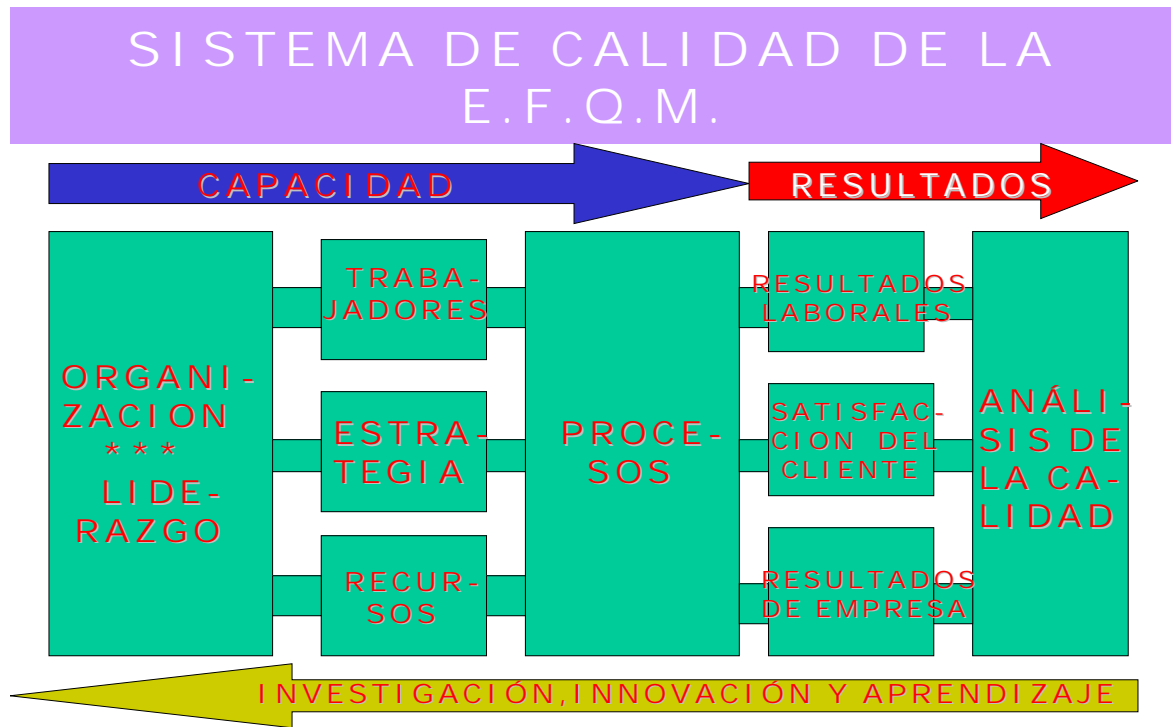
<b>% SATISFACCIÓN</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>
-Atención sanitaria	90.3	88.9	88.5	88.2
-¿Recomendaría el Hospital?	92.3	92.4	92.5	89.4

-Médicos	91.4	89.7	91.6	91.3
-Enfermeros	89.9	88.6	89.3	89.4
-Celadores	89.4	88.5	89.7	90.3
-Administrativos	88.3	86.3	88.2	87.9

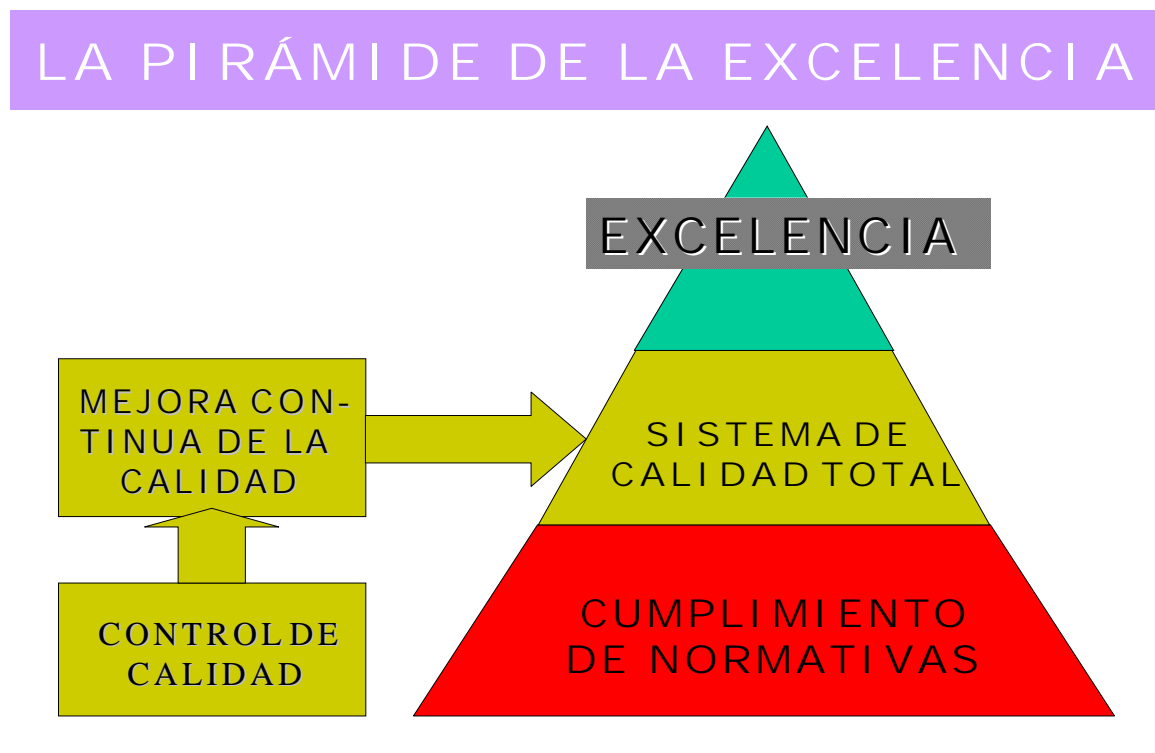
-Respeto en el trato	92.5	92	91.2	91.5
-Disponibilidad para la escucha	82.7	82.2	80.9	80.9
-Información sobre tratamientos	89.9	87.4	87.3	88.4
-Información sobre pruebas	88.7	85.8	85.8	87.3
-Identificación de Profesionales	76.8	74.7	73.8	73.2

**\*¿CÓMO NOS VEN LOS USUARIOS?.Resultados de las encuestas de satisfacción IESA-CSIC. El SAS información.nº 18. Junio 2003**

**-FIGURA 2**



**-FIGURA 3**



**-FIGURA 4**

**-FIGURA 5**



**-FIGURA 6**



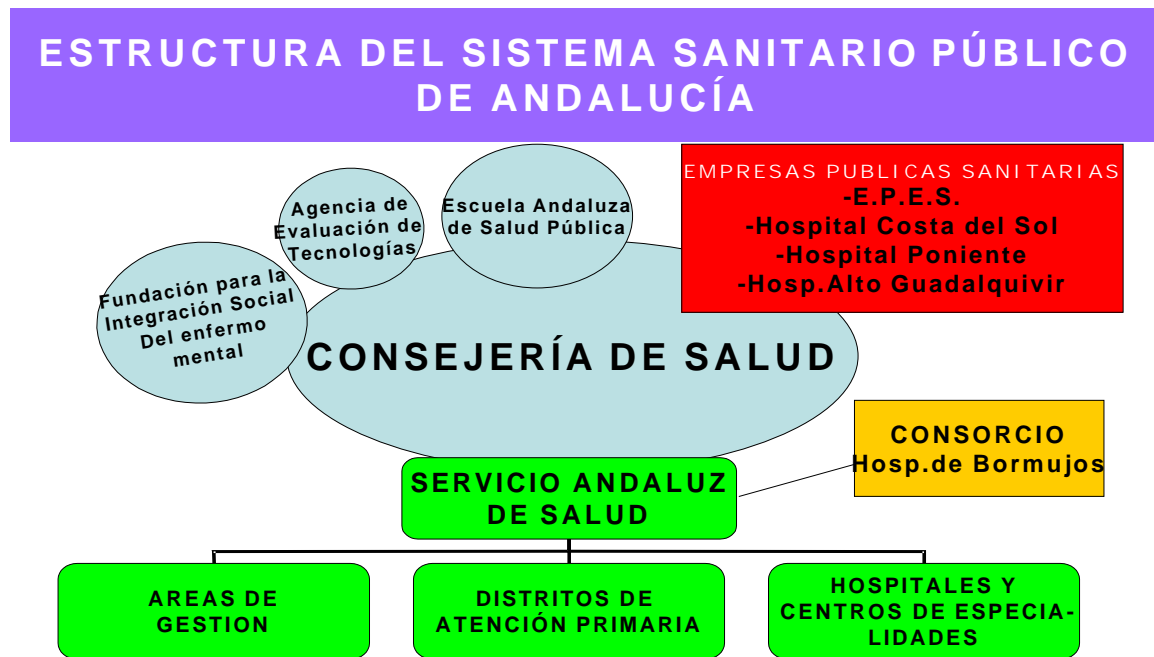
\*Orden de 7 de Junio de 2002, por la que se actualiza el Mapa de Atención Primaria de Salud de Andalucía

**-FIGURA 7**

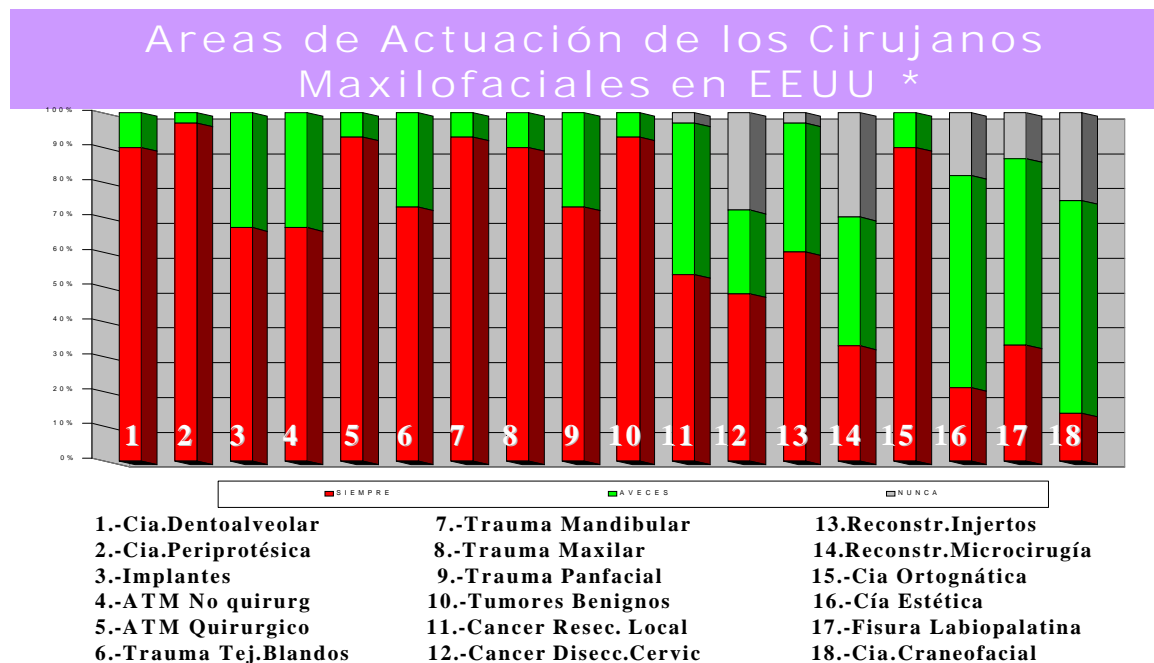




**-FIGURA 8**



**-FIGURA 9**

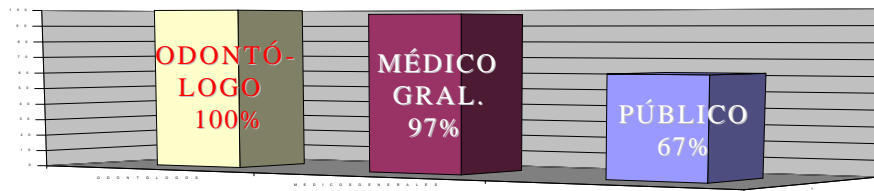


\* GOSS AN, et al. 1996

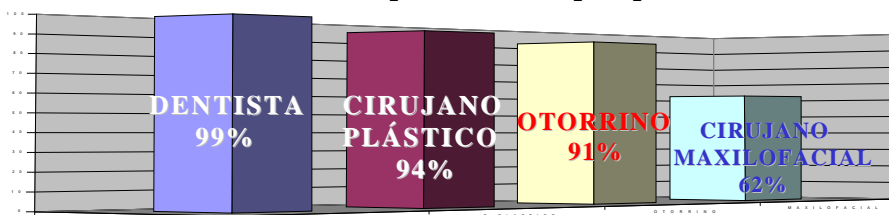
**-FIGURA 10**

**Conocimiento Público de la Especialidad de C.O.M.F.\***

**1.-Conocimiento por parte de Profesionales (y del Público)**



**2.-Conocimiento de diversas especialidades por parte del Público**



\*HUNTER MJ,RUBEIZ T,ROSE L.Recognition of the scope of Oral and maxillofacial surgery by the public health care professionals.J.Oral and Maxillofacial Surg.1996;54(10):1227-1233

**-FIGURA 11**

**-FIGURA 12****Indicadores Clínicos del University Hospital Consortium**

PATOLOGÍA	INDICADOR	ESTANDAR
<u>Cirugía Dento-alveolar y 3 er Molar</u>	-H° Clínica Completa -Estudio Preoperatorio -Ortopantomografía -Complicaciones (alveolitis/déficit nervioso,...)	<b>100%</b> <b>100%</b> <b>100%</b> <b>&lt;10%</b> <b>0%</b>
<u>Cirugía Ortognática</u>	-Hª Clínica Completa -Estudio Preoperatorio -Ortopantomografía -Rx Lateral-Cefalométrica -Análisis Cefalométrico -Complicaciones:(total) .Recidiva Oclusal .Hemorragia .Infección .Estancia perioperatoria >5 días .Transfusión hemática	<b>100%</b>     <b>&lt;5%</b> <b>&lt;5%</b> <b>0%</b> <b>0%</b> <b>0%</b> <b>0%</b>
<u>Fracturas Faciales</u>	-Cirugía Antes de 10 días -Complicaciones: .Cambios Oclusales .Infección	<b>80%</b>  <b>&lt;5%</b> <b>0%</b>
<u>Cirugía de la A.T.M.</u>	-Tomografía o Artroscopia o R.M.N.	<b>100 %</b>
<u>Hojas de Consulta</u>	-Documentación Legible -Realizadas en el día	<b>100 %</b> <b>&gt;95%</b>
<u>Atención Urgente</u>	-Protocolizada	<b>&gt;90%</b>
<u>Traumatismos de los Dientes Perma-Nentes</u>	-H°Clínica-Mecanismo lesional -Examen Físico+Vitalidad Pulpar -Examen radiológico -Tratamiento Protocolizado	<b>100 %</b>

**-FIGURA 13**

**-FIGURA 14**

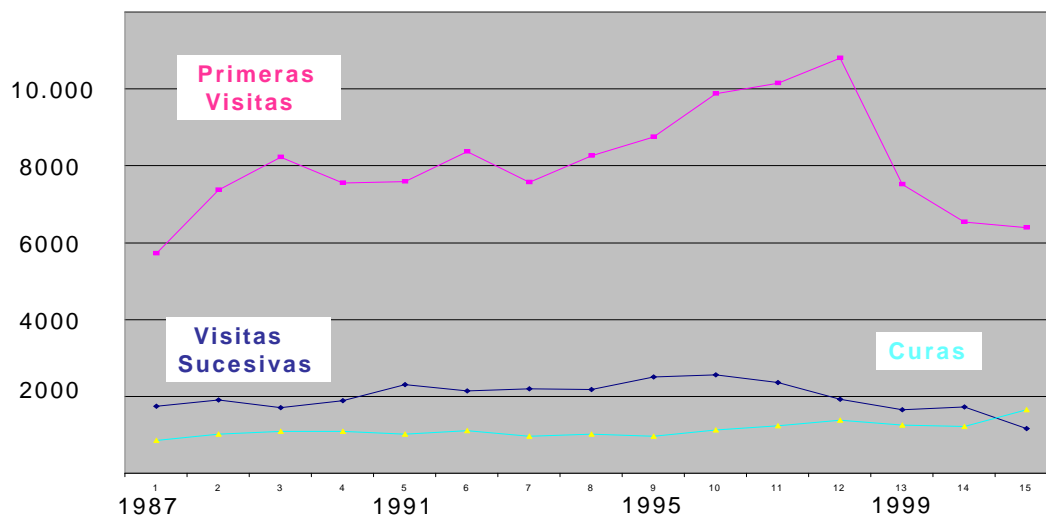


**-FIGURA 15**

**-FIGURA 16**

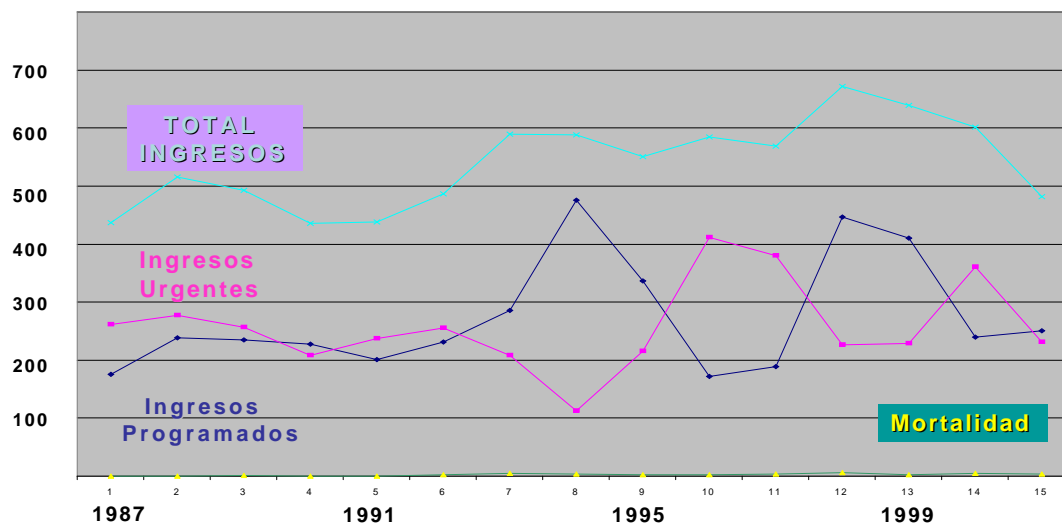
**-FIGURA 17**

## CONSULTAS EXTERNAS



**-FIGURA 18**

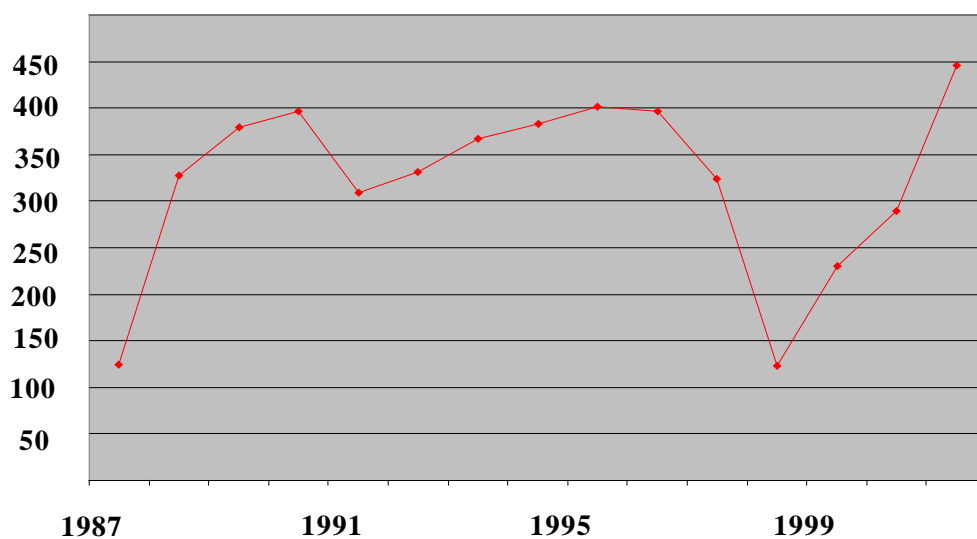
## HOSPITALIZACIÓN



**-FIGURA 19**

**-FIGURA 20**

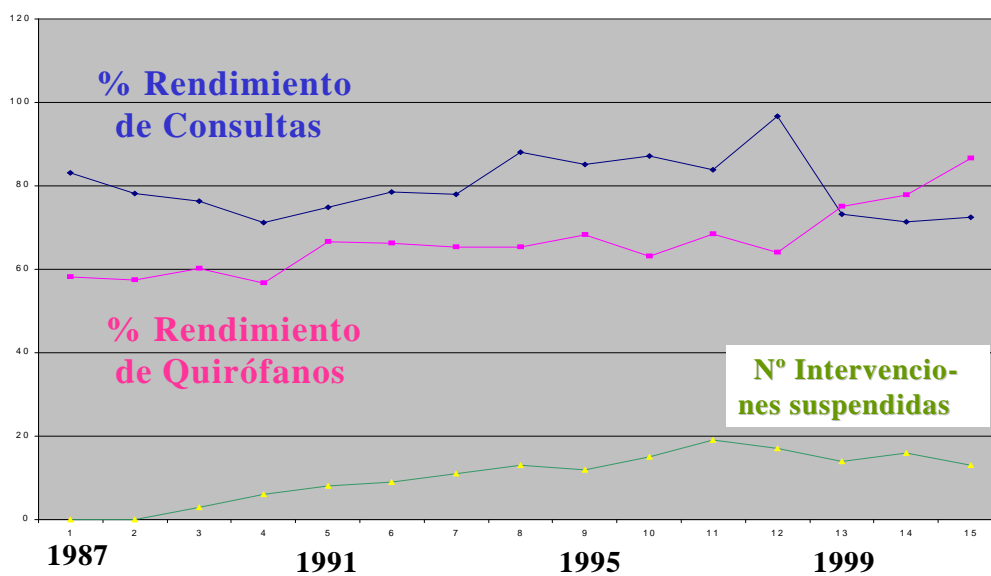
INTERCONSULTAS



**-FIGURA 21**

**-FIGURA 22**

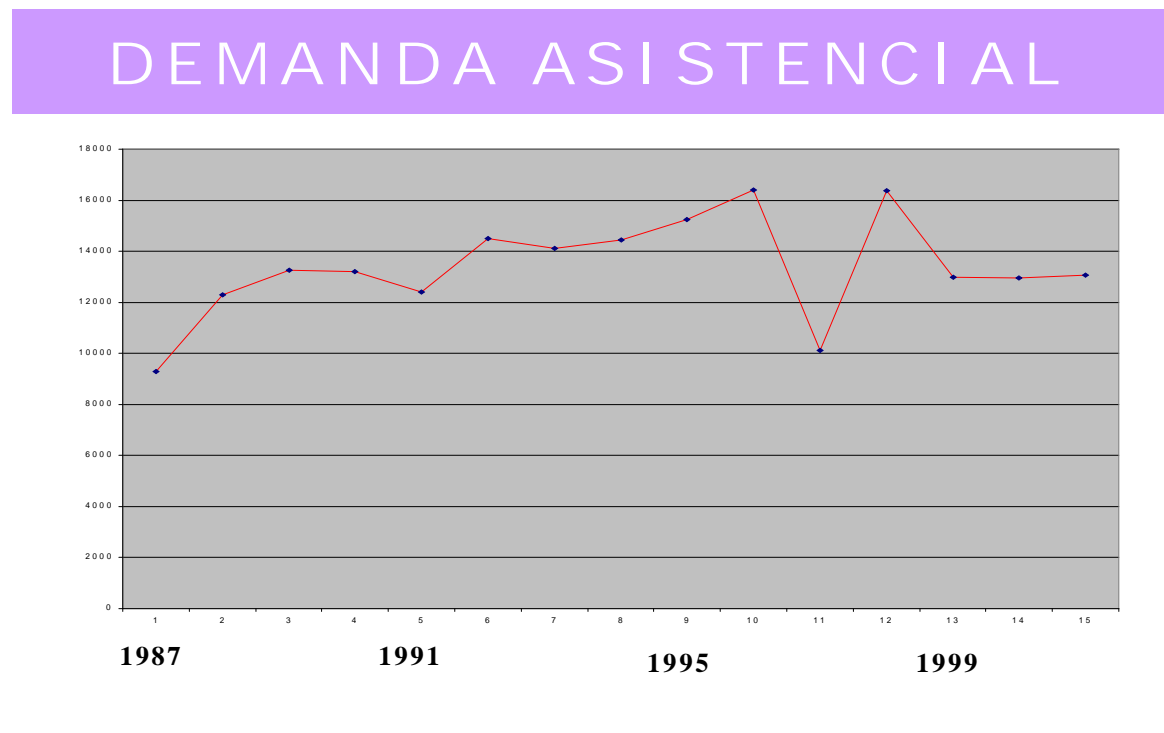
RENDIMIENTOS DE CONSULTA Y QUIRÓFANOS





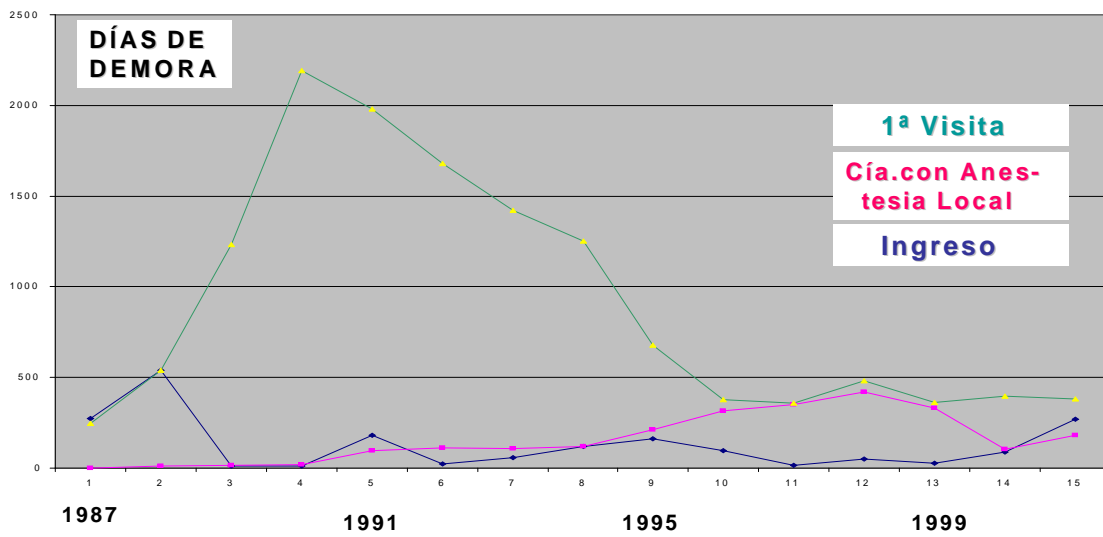
**-FIGURA 23**

**-FIGURA 24**



**-FIGURA 25**

**DEMORA ASISTENCIAL – LISTA DE ESPERA**



**-FIGURA 26**

## **7.-RESUMEN**

## **7.-RESUMEN**

Los Sistemas Nacionales de Salud, al modo como los concebimos en la actualidad, se inician en una época de expansión económica europea, de países como Inglaterra o Alemania, que no alcanza a España hasta comienzos de los años 60.

La crisis económica mundial de una década después, pone en crisis también estos servicios. Es una época de recesión que lentamente deja vislumbrar una nueva fase de crecimiento económico pero ya nada será igual. Una palabra será la clave de la nueva economía: la evaluación.

En la primera década de la moderna democracia española, la Ley General de Sanidad de 1986 tiene como objetivo el establecimiento de un Sistema Nacional de Salud con dos premisas fundamentales: la financiación pública y la cobertura universal. Prematuramente se hace inevitable abordar una tercera premisa más pragmática: su sostenibilidad.

Si se pretende independizar la pervivencia del sistema sanitario de los vaivenes de la macroeconomía (y de los errores en las políticas económicas propias), todo gasto (o inversión) en salud comienza (y termina) con una evaluación en varios sentidos:

-De las necesidades y demandas de los usuarios y de las posibilidades de satisfacerlas y/o modificarlas ( marketing sanitario, uso racional de los servicios, gestión de la utilización de servicios, evaluación de tecnologías sanitarias,etc...)

-De la situación de la que se parte,y de la óptima utilización de los medios disponibles ( recursos humanos y materiales),para resolver las demandas de los usuarios con el mínimo coste (máxima eficiencia) y priorizando optimamente los gastos (coste-oportunidad) en un entorno de recursos limitados (contrato-presupuesto cerrado).

-De la situación en que nos encontraremos en el futuro (previsión),y de la situación en que nos gustaría encontrarnos (planificación).

-De la adecuación del producto o servicio a las especificaciones preestablecidas (calidad técnica) y de la satisfacción del cliente o usuario (calidad percibida) con el servicio.La calidad técnica se evalúa con los “indicadores” y “estándares”.La calidad percibida mediante las encuestas y reclamaciones.

Vemos gráficamente los Ciclos de la Calidad:

1.-Calidad programada-calidad producida-calidad percibida

2 .-Ciclo de Mejora Contínua de la Calidad

### 3.-La Espiral de la Excelencia

Las sucesivas vueltas al “Ciclo de la calidad”, producen la “Espiral de la excelencia”.

Así, un Sistema Nacional de Salud que nace con una voluntad igualitarista, encuentra en los modernos conceptos de calidad varias posibilidades de progresar:

- Hacia la sostenibilidad y al mismo tiempo hacia la excelencia
- Hacia el aumento del rendimiento profesional y de la competitividad de la empresa pública

-Hacia la satisfacción del usuario-votante.

Administración, profesionales y usuarios se interrelacionan en un sistema que entra prematuramente en crisis. El usuario, con nuevo rol protagónico en el modelo de sistema de inspiración social-demócrata es indefectiblemente el centro del mismo. De igual modo, para la moderna gestión (management) neo-liberal la calidad entendida como satisfacción del usuario es el objetivo fundamental.

Sin duda esta nueva situación produce varios problemas entre profesionales y pacientes, y entre profesionales y gestores.

-Discordancia entre la calidad técnica (adecuada cualificación, procesos y tecnología) y calidad percibida (trato, esperas,...).

-Presión economicista de la administración sobre el profesional.

-Desinterés por la satisfacción de los profesionales (cliente interno)

La falta de previsión de estas situaciones, y de resolución adecuada de las mismas, lleva a la desmotivación del profesional.

Dentro de un Plan estructurado de Calidad para un Centro o Servicio sanitario, proponemos diversas soluciones:

-Política explícita de motivación e incentivación (económica, profesional, etc...)



-Recuperación del protagonismo y prestigio de los profesionales

Considerar al usuario el “Centro del Sistema”, no implica tolerar el menosprecio al profesional. Y debe ser el profesional o grupo de profesionales ( sociedades científicas) los que determinen cuales son los atributos del acto médico óptimo o excelente. Con este fin se desarrollan en los EEUU las guías de práctica clínica (Guidelines) y la progresiva protocolización de la atención médica, apoyada en la Medicina Basada en la Evidencia. La protocolización regulará el diagnóstico y tratamiento de patologías frecuentes, tratadas con gran variabilidad clínica, por lo que la actuación presupone aspectos económicos positivos.

El primer eslabón del ciclo de la calidad son “los datos”. Necesitamos conocer “los números”, de las actividades de los diferentes servicios y hospitales (y quizá pronto, incluso de cada profesional).

Con este fin nace el Sistema de Información Hospitalario (S.I.H.) y posteriormente el INHIOS o Sistema de Información Interhospitales. Para obviar las diferencias atribuibles a las características particulares de cada hospital se han elaborado “indicadores”, como el índice de complejidad (ICM), la estancia media por patologías, el índice de ocupación, el rendimiento de

quirófanos, el rendimiento de consultas, la morbimortalidad, etc.

Se tendrá en cuenta la complejidad de los casos tratados considerando también el nivel del hospital.

El estándar es el valor óptimo del indicador. La observación periódica de valores de los indicadores, y la implantación de “eventos centinela”, esto es “alarmas” que indican sucesos incompatibles con la calidad, son la base de la “Monitorización de la calidad”.

Algunas organizaciones como la Joint Commission estadounidense, y la International Standardization Organization (ISO) a través de sus normas 9000 son capaces de certificar la calidad de los Centros Sanitarios. También en la legislación encontramos normas para la acreditación de Centros Sanitarios Universitarios.

Del estudio y comparación de los indicadores entre los hospitales, surgen actuaciones para resolver problemas, o simplemente para optimizar la asistencia. En todo caso nunca se decidirá “sin datos” la otorgación de nuevos recursos. Los datos más importantes se obtienen del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) que deben figurar en todo informe de alta hospitalario.

Existen múltiples indicadores que “vigilan” la actividad de un servicio quirúrgico y que sirven de base para planificar las actividades cotidianas y

futuras, aunque comprobamos que hay pocos estudios referidos específicamente al ámbito de la Cirugía Oral y Maxilofacial.

La codificación de los datos obtenidos del CMBD por los sistemas C.I.E. (Clasificación Internacional de Enfermedades de la O.M.S.) y G.R.D. (Grupos Relacionados con el Diagnóstico) permitirá su ágil tratamiento informático, y facilitará la gestión económica del Centro.

Uno de los aspectos claves de la moderna gestión sanitaria es la Planificación para, en base a un análisis de la situación actual y sus tendencias, aventurar el futuro y amoldarlo a nuestros objetivos.

Los conocimientos sobre la organización del sistema sanitario, del servicio asistencial y de las funciones de los profesionales, son clave para poder realizar un diagnóstico de nuestra situación, previo a cualquier planificación. En todo caso conviene recordar que ésta será por definición, una planificación “estructural”, supeditada a la planificación política plasmada en las leyes y otras normas, y a la planificación estratégica impuesta por los grandes planes de la administración.

La Cirugía Oral y Maxilofacial, como especialidad joven y emergente debe ampliar su bibliografía en estos aspectos, tal como se propugna en la línea de investigación “Salud Pública y Cirugía Oral y Maxilofacial” del Grupo de

Investigación del profesor García Perla.

Con estas premisas imprescindibles, hemos realizado una revisión de los aspectos a nuestro juicio cruciales en el establecimiento de un sistema sanitario y un servicio asistencial de calidad, con especial detenimiento en los aspectos referentes al ámbito de la Cirugía Oral y Maxilofacial, sobre la que revisamos apoyándonos en la bibliografía disponible diversos aspectos:

- Concepto, definición y contenido de la especialidad
- Evolución histórica y bases legales de la especialidad
- Situación actual y futuro
- Elaboración de estadísticas asistenciales
- Indicadores de calidad. Sistema hospitalario de Calidad.
- Actividad asistencial, demanda y demora. La Listas de Espera.
- Gestión y planificación

Realizamos un estudio analítico, retrospectivo y observacional sobre los datos reales de las memorias asistenciales del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario “Virgen del Rocío” de Sevilla, de los 15 años comprendidos entre 1987 y 2001 (ambos inclusive)

Tras ordenar los valores correspondientes a los indicadores de actividad, procedemos a discutir los resultados obtenidos. En función de ellos, discutimos

la conveniencia de reorganizar algunos procesos y aportar algunos recursos para optimizar la asistencia.

Añadimos al trabajo tres ANEXOS ,uno contiene una relación del CIE-9-MC de Diagnósticos y Procedimientos en Cirugía Oral y Maxilofacial, otro de los GRDs relacionados con la actividad quirúrgica Oral y Maxilofacial, y finalmente el tercero contiene documentación referente al Board Europeo de la especialidad (EBOMFS).

## **8.-CONCLUSIONES**

1.-Los Sistemas Nacionales de Salud nacen en Europa en una época de bonanza económica. La independización de su supervivencia a los vaivenes de la economía es un reto crucial.

2.-La moderna concepción de la Calidad Asistencial debe considerar tanto los aspectos económicos como los científico técnicos y los relacionales. En estos sentidos, nos parece particularmente acertada la definición que de “asistencia óptima” hace la O.M.S.

3.-El paciente es, y será en el futuro el “centro” del sistema sanitario público, demandando en su atención capacidad de elección, inmediatez, alta resolución, continuidad asistencial y trato personalizado.

4.-Debido a los indiscutibles sesgos de los estudios demoscópicos, aceptando que la calidad se mide como “satisfacción del usuario”, no podemos interpretar triunfalmente los resultados de las encuestas.

5.-La calidad técnica de la asistencia no se mide mediante encuestas, sino con indicadores como la supervivencia y la calidad de vida al alta.

6.-Las Sociedades Científicas y las Comisiones Nacionales de la Especialidad, como órganos de representación de los profesionales, son las institucio-

nes más adecuadas para la elaboración de estándares e indicadores de calidad.

7.-Los Criterios de Acreditación de los Hospitales Universitarios en USA, y posteriormente en el resto del mundo, han contribuido de forma crucial al incremento de la calidad de la asistencia. En este sentido la potenciación de la docencia, y el cumplimiento del Programa Oficial de Formación de Especialistas aumentan la calidad asistencial.

8.-La exigencia al profesional de implicación en la gestión debe tener como contrapartida la valoración por parte de la administración de las necesidades e inquietudes de los mismos.

9.-Los Sistemas de Información basados en el CMBD, la CIE y los GRDs son imprescindibles para la adecuada monitorización de la actividad y la toma de decisiones. Los GRDs actuales son en nuestra opinión poco adaptados a las patologías del ámbito maxilofacial.

10.-La Planificación de la asistencia profesional esta supeditada a los planes y normas gubernamentales ( Planificación política o normativa) y a las priorizaciones de la Administración regional ( Planificación Estratégica ).



11.-La Protocolización de actividades es crucial para la implantación y mejora de la calidad en el nivel de “ejecución”.

12.-La Cirugía Oral y Maxilofacial no ha abordado suficientemente la sustitución de la hospitalización por las técnicas quirúrgicas ambulatorias, persistiendo en este sentido una organización tradicional de la asistencia.

13.-Hay un déficit de estudios sobre Salud Pública y Planificación asistencial en Cirugía Oral y Maxilofacial, siendo el Grupo de Investigación que dirige el Profesor García Perla, uno de los que más ha aportado al respecto.

14.-Existe un progresivo alejamiento entre la Cirugía Oral y Maxilofacial y la Odontología, que se debe corregir en beneficio de todos. Nuestra propuesta es la facilitación a ambos profesionales de la doble titulación.

## **9.-ANEXOS**

99.97.-Colocación de dentadura postiza

## **ANEXO 2.**

### **LISTADO DE GRUPOS RELACIONADOS CON EL DIAGNÓSTICO (GRD) EN EL ÁMBITO DE LA CIRUGÍA ORAL Y MAXILO-FACIAL:**

Tras el número del GRD, se coloca el número de la “Categoría Diagnóstica Mayor”(CDM), y el del Tipo (T): médico (1) o quirúrgico(2).

C/C significa “con comorbilidades o complicaciones”

Asimismo incluimos la Estancia Media Estandar (óptima -EM-) en días y el Peso (kaka).

El GRD 470 corresponde a los GRDs “no agrupables”. Incluye incoherencias entre Diagnóstico Principal y CDM, diagnóstico principal ilógico, edad no registrada o no válida.

GRD	CDM	T	-DESCRIPCIÓN	EM	PESO
001	01	1	Craneotomía, excepto por traumatismo Edad > 17 años	22.26	4.10
003	01	2	Craneotomía Edad < 18 años	19.13	2.84
037	02	2	Intervenciones sobre la órbita	9.10	1.61
049	03	2	Intervenciones Mayores de Cabeza y Cuello, excepto por Neop. Maligna	12.74	2.04

051	03	2	Intervenciones sobre Glándulas Salivales,excepto sialoadenect.	5.41	0.83
052	03	2	Intervenciones Reparadoras de Labio leporino y Fisura palatina	7.07	1.08
053	03	2	Intervenciones sobre Senos y Mastoides. Edad > 17 años	7.24	0.73
054	03	2	Intervenciones sobre Senos y Mastoides. Edad < 18 años	4.79	0.88
055	03	2	Intervenciones Misceláneas de oído,nariz,boca y garganta	3.80	0.65
056	03	2	Rinoplastia	3.65	0.68
063	03	2	Otras Intervenciones sobre oído, nariz,boca y garganta	9.44	1.66
064	03	2	Neoplasias Malignas del oído, nariz,boca o garganta	12.81	1.83
066	03	1	Epistaxis	5.32	0.67
072	03	1	Traumatismo Nasal con Deformidad	2.71	0.47
073	03	1	Otros diagnósticos de oído,nariz, boca y garganta.Edad > 17 años	4.41	0.70
074	03	1	Otros diagnósticos de oído,nariz, boca y garganta.Edad < 18 años	2.62	0.53
120	05	2	Otras Intervenciones sobre el Aparato Circulatorio	15.47	3.01

168	03	2	Intervenciones sobre la Cavidad Oral con C/C	11.16	1.24
169	03	2	Intervenciones sobre la Cavidad Oral sin C/C	6.73	0.80
185	03	1	Enfermedades Dentales y Orales, excepto extracción/reparación.E. > 17 a	5.76	-----
186	03	1	Enfermedades Dentales y Orales, excepto extracción/reparación.E. < 18 a	3.54	-----
187	03	1	Extracciones y Reparaciones Dentales	2.74	-----
216	08	2	Biopsias del Sistema Músculo-esquelético y Tejido Conectivo	12.24	2.69
217	08	2	Desbridación de Herida e Injerto de Piel, excepto mano, por enf. Musculoesquelética y/o conect.	20.84	3.07
226	08	2	Intervenciones sobre Tejidos Blandos con C/C	20.14	1.76
227	08	2	Intervenciones sobre Tejidos Blandos sin C/C	5.49	0.92
231	08	2	Excisión Local y Retirada de Fijación Interna, excepto Cadera/Fémur	6.00	1.36
232	08	2	Artroscopia	3.16	0.79
233	08	2	Otras Intervenciones sobre el Sistema Músculoesquelético y/o Conectivo con C/C	19.36	2.73
238	08	1	Osteomielitis	17.36	2.03
239	08	1	Fracturas Patológicas y Neoplasias Malignas del Tej. Musculoesquelético y/o Conectivo	14.45	2.07

246	08	1	Artropatías no específicas	6.88	0.89
248	08	1	Tendinitis,miositis y bursitis	6.43	0.71
256	08	1	Otros Diagnósticos del Sistema Musculo-esquelético y/o Tej. Conectivo	4.57	0.72
263	09	2	Injerto/Desbridamiento por úlceras de piel o Celulitis con C/C	19.54	3.15
264	09	2	Injerto/Desbridamiento por úlceras de piel o Celulitis sin C/C	19.68	1.92
265	09	2	Injerto /Desbridamiento de Piel,excepto en úlceras o Celulitis con C/C	14.60	2.48
266	09	2	Injerto/Desbridamiento de Piel,excepto en úlceras o Celulitis sin C/C	7.57	1.36
268	09	2	Intervenciones Plásticas de Piel, tejido celular subcutáneo y Mama	5.08	0.81
277	09	1	Celulitis con Edad > 17 años con C/C	12.13	1.09
278	09	1	Celulitis con Edad > 17 años sin C/C	6.53	0.66
279	09	1	Celulitis con Edad < 18 años	5.36	0.60
280	09	1	Traumatismos de Piel, tejido subcutáneo y Mama con C/C.Edad > 17 años	9.45	0.69
281	09	1	Traumatismos de Piel, tejido subcutáneo y Mama sin C/C.Edad > 17 años	4.78	0.38
282	09	1	Traumatismos de Piel,tejido subcutáneo y Mama. Edad < 17 años	3.15	0.38

291	10	2	Intervenciones Tiroglosas	3.55	0.67
397	16	1	Trastornos de la Coagulación	5.35	1.27
400	17	2	Leucemia/Linfoma con Intervención Quirúrgica Mayor	15.22	2.47
401	17	2	Leucemia/Linfoma no agudo, con Intervención Quirurg. Menor, con C/C	23.75	3.42
402	17	2	Leucemia/Linfoma no agudo, con Intervención Quirurg. Menor, sin C/C	11.91	1.63
409	17	1	Radioterapia	6.24	1.04
410	17	1	Quimioterapia, sin Leucemia Aguda como Diagnóstico Secundario	4.00	1.09
418	18	1	Infecciones Postoperatorias y Postraumáticas	10.21	0.88
439	21	2	Injertos de Piel por Lesiones o Heridas	19.39	1.96
440	21	2	Desbridamiento de Piel por Heridas	14.99	2.13
452	21	1	Complicaciones del Tratamiento con C/C	9.72	0.99
453	21	1	Complicaciones del Tratamiento sin C/C	6.35	0.61
462	23	1	Rehabilitación	23.15	2.38
482	0*	2	Traqueostomía con Diagnóstico Secundario de Lesión de Cara, Boca o Cuello	25.94	5.60

492	17	1	Quimioterapia, con Leucemia Aguda como Diagnóstico Secundario	-----	-----
786	--**	2	Procedimientos Quirúrgicos Mayores sobre Cabeza y/o Cuello por Neoplasia Maligna	28.92	-----

\*Precategoría o CDM-0

\*\*No consta



**-ANEXO 3****EUROPEAN BOARD OF MAXILLOFACIAL SURGERY**

(E.B.O.M.F.S.-96). THE U.E.M.S. ASSESMENT IN ORAL AND MAXILLOFACIAL SURGERY.

List of the questions approved by the scientific committee

**INDEX:**

A: DENTO-ALVEOLAR AND ORAL SURGERY

B: GENERAL, ORAL AND MAXILLOFACIAL PATHOLOGY

C: MANAGEMENT OF PAIN AND ANXIETY

D: SURGERY OF PERIPHERAL NERVES

E: EMERGENCY CARE

F : BASAL SKULL SURGERY

G :DIAGNOSTIC PROCEDURE RADIOLOGY

H: ONCOLOGY

I: TRAUMATOLOGY

L: PRE-PROSTETIC SURGERY

M: TMJ

N: RECONSTRUCTIVE SURGERY

O: CONGENITAL/DEVELOPMENTAL INCLUDING CRANIOFACIAL SURGERY

P: ORTHOGNATHIC SURGERY

Q: AESTHETIC SURGERY

R: SALIVARY GLANDS

S: DISCUSSION OF CASE REPORT

**A: DENTO-ALVEOLAR SURGERY**

A.1.-What are the criteria for an extraoral incision for dento-alveolar abscess in the mandible?

A.2.-Injuries to the inferior alveolar nerve in oral and maxillo-facial surgery. Incidence and examination of the patient.

A.3.-Discuss the management of a patient with impending loss of the airway due to inflammatory swelling

A.4.-How common is lingual nerve damage after third molar surgery?

A.5.-How would you manage lingual nerve anaesthesia after third molar surgery?

A.6.-Sinus surgery, methods and complications.

A.7.-Replantation of teeth, principles and prognosis

A.8.-Classification of cysts, prognosis and treatment

- A.9.-What conditions has bone substitution material to fulfill?
- A.10.-What is the difference between a manifest and potential focus and how do you manage these in case of risk of endocarditis.
- A.11.-What is your management to deal with chronic pain located in the maxillary sinus?.Differential diagnosis.
- A.12.-Give the indications for tooth germ transplantation and give some examples.
- A.13.-What is your approach to prepare the oral and dental situation for radiotherapy.
- A.14.-Clinical features,diagnosis and treatment of keratocysts.
- A.15.-Discuss the investigation and management of a patient with a swelling in the sublingual area.
- A.16.-Treatment of dentoalveolar infection.
- A.17.-Which steps and factors are important in transplantation of a tooth germ.
- A.18.-What are the symptoms indicating a keratocyst?What is the treatment?.

## **B: GENERAL,ORAL AND MAXILLOFACIAL PATHOLOGY**

- B.1.-What is Frey-syndrom?

B.2.-What is fibrous dysplasia and under what kind of pathology would you classify it?

B.3.-What is Nikolski-test and for which disease is it specific when the test is positive?

B.4.-What are the diagnostic values of osteomyelitis and how do you treat it?

B.5.-List all the different possible causes for reduction of the maximal mouth opening?

B.6.-List the etiological possibilities of gingival overgrowth and how do you treat it?

B.7.-Eosinophilic granuloma of the jaws: symptoms, radiological signs, all diagnostic examinations, therapy.

B.8.-How do you treat an ipsilateral parapharyngeal and submandibular abscess?

B.9.-What do you know about actinomycosis in the face and neck?

B.10.-Antibiotic prophylactics/therapy when? How long? Antibiotic agent?

B.11.-Classifications of Leukoplakia, prognosis and treatment

B.12.-Etiology and treatment of "Lichen ruber"

B.13.-Reasons for dryness of the mouth (xerostomia)

- B.14.-Odontogenic tumors,classification,prognosis,treatment.
- B.15.-Discuss the differential diagnosis of swelling of the neck.
- B.16.-How would you manage acute Ludwig's angina?.
- B.17.-How would you investigate and treat an extensive arteriovenous malformation of the oro-facial region?.
- B.18.-Make a list of the most common and important sequelae of radiotherapy in the area of head and neck..
- B.19.-Classification, symptoms and treatment of dentoalveolar infections (abscess),complications.
- B.20.-Management of osteomyelitis of the mandible.
- B.21.-Other types of infection of the mouth and jaws ( e.g. actinomycosis, Vincent's angina)
- B.22.-Angiodysplasia of maxillary bones.
- B.23.-Odontogenic tumours of maxillary bones.
- B.24.-Treatment of recurrent ameloblastoma of the mandibular body.
- B.25.-The use of antibiotics in elective oral and maxillofacial surgery.
- B.26.-Discuss prevention of deep venous thrombosis in maxillo-facial surgery.
- B.27.-Outline the advantages and the disadvantages of the different surgi-

cal approaches to the orbital floor.

B.28.-Discuss the implications for the surgeon of the HIV or Hepatitis B positive (high risk) patients.

B.29.-Infections of lateral pharyngeal space.Clinical picture,complications, treatment.

B.30.-Etiology and treatment of infections of deep cervical spaces.

B.31.-Pathogenesis and radiographic findings of osteomyelitis of the jaws.

B.32.-Classification of osteomyelitis of the jaws.

B.33.-Surgical management of osteomyelitic jaw.

B.34.-Thyroglossal duct cyst.Pathogenesis and treatment.

B.35.-Keratocyst.Diagnostic criteria,treatment.

B.36.-Acute maxillary sinusitis of dental origin.Clinical picture, diagnosis,treatment.

B.37.-Indications for the Caldwell-Luc radical sinus operation.

B.38.-What can be a reason for restricted opening of the mouth with extraarticular cause (malignant tumours, trauma and infections excluded).

B.39.-What is the differential diagnosis of a burning sensation in the tongue?

B.40.-What are the causes of xerostomia?.

B.41.-Enumerate prophylactic measures for patients which will get radio-

therapy in the oro-facial region.

B.42.-Enumerate prophylactic measures for patients wich will get chemotherapy in the oro-facial area.

B.43.-What are the oral manifestations of AIDS?.

B.44.-How do you differentiate between a pterygo-mandibular and parapharyngeal abscess?.

B.45.-Discussus neurofibromatosis.

### **C: MANAGEMENT OF PAIN AND ANXIETY**

C.1.-Differential diagnosis of the so called facial neuralgia and therapy concepts

### **D: SURGERY OF PERIPHERAL NERVES**

D.1.-Nerve injuries in dental surgery,etiology,diagnostic possibilities,prognosis and therapy.

D.2.-Paresis of the facial nerve,etiology,symptoms,therapy.

D.3.-What are the primary and secondary reconstructions possibilities in case of rupture of the facial nerve?.

D.4.- When and how an iatrogenic lingual nerve injury be repaired?.

D-5.- When and how should an iatrogenic inferior alveolar nerve injury.

be repaired?

D.6.-Iatrogenic injuries of the facial nerve in OMS.Incidence and treatment.

D.7.-Discuss and detail the technics of facial nerve dissection.

### **E: EMERGENCY CARE**

E.1.-Swallowed foreign objects: how to manage the aspiration of foreign objects?.

E.2.-How to perform emergency cricothyrotomy?.

E.3.-Physiology of hemostasis,reasons and treatment of hemorrhagic disorders,modification of surgical methods and emergency therapy.

E.4.-Management of allergic emergencies.

E.5.-Which initial treatment steps are essential for the acute treatment of head and neck region.

E.6.-Which indication for tracheotomies and types of tracheotomies do you know?.

E.7.-What do you know about the acute treatment of inflammations or bleedings of the head and neck region?.

### **F: BASAL SKULL SURGERY**

F.1.-Surgical approaches to the basal skull.



F.2.-Epidemiology and nosological aspects of basal skull tumours.

F.3.-Complications in basal skull surgery.

### **G: DIAGNOSTIC PROCEDURE RADIOLOGY**

G.1.-When to use CT,MRT and Sonografy? What can you use? What can't you see?.

G.2.-What are the radiological features of a central hemangioma?.

G.3.-What are the radiological signs of a fracture of the zygomatic complex?.

G.4.-List the radiological signs of neurofibromatosis involving the inferior alveolar nerve.

G.5.-What are the advantages and diadvantages of CT-scanning and MR-scanning for the staging of oral cancer?

G.6.-What is the differential diagnosis of a radiological bone density in the lower jaw?

### **H: ONCOLOGY**

H.1.-Which superficial changes of the oral mucosa and which combination of pathology have to be classified as precancerous lesions?.

H.2.-Explain the difference between the different modalities of neck dissection, and which are their indications in function of the primary tumour

and the lymph node staging.

H.3.-Which are the possible visualisation techniques in investigate primary tumours of the maxillofacial area?What are their respective advantages,disadvantages and indications?

H.4.-How do you treat a patient with an adenoidcystic carcinoma?What do you know about metastasis of this tumours?Over which period of time do you perform follow-up controls?

H.5.-How does the lymph node status according to CT-scan examination of the neck influence the surgical therapy of oral carcinomas?

H.6.-What is essential in primary treatment of basalioma?.

H.7.-What are the different approaches to remove a tumour located in the maxillary sinus?.

H.8.-Present and discuss the survival rate for oral squamous cell carcinomas.

H.9.-Epidemiology and nosological aspcts of facial skin tumours.

H.10.-Epidemiology and nosological aspects of bone tumours in facial skeleton.

H.11.-Indications of neck dissection for lymphatic areas treatment in carcinomas of oral cavity according to the sites ,stading and grading.

- H.12.-Indications of neck dissection for lymphatic areas treatment in carcinomas of facial skin according to the sites,standing and grading.
- H.13.-Indications of neck dissection for lymphatic areas treatment in case of melanoma of head and neck regions,according to the sites,standing and grading.
- H.14.-Indications of neck dissection for lymphatic areas treatment in cases of bone sarcomas in facial skeleton according to the sites,staging and grading.
- H.15.-Diagnostic procedures for TNM staging in cases of tumours of head and neck regions.
- H.16.-Epidemiology and nosological aspects of pre-cancerous lesions of the oral cavity.
- H.17.-Etiology of oral cancer.
- H.18.-Treatment of oral cancer,basic surgery principles,chemotherapy,radiation therapy, prognosis and outcome.
- H.19.-Premalignant lesions,classification,prognosis,treatment.
- H.20.-Benigne non odontogenic tomours of maxillary bones.
- H.21.-Surgical treatment of central giant cell tumour of the mandible,prognosis.

- H.22.-Etiology and treatment of fibrous dysplasia.
- H.23.-Principles of surgery of lymph nodes in cancer patients.
- H.24.-Discuss the management of a T2 N0 carcinoma of the tongue.
- H.25.-Which relevant prognostic factors in tumours of the head and neck do you know?.
- H.26.-Prescribe the surgical principals of the resection of tumours of the head and neck..
- H.27.-What do you know about the role of radiotherapy in tumours of head and neck?.
- H.28.-What investigation would you undertake prior to treatment for a patient with a clinically large squamous cell carcinoma of the floor of the mouth?.
- H.29.-What factors are the best indicators of prognosis in squamous cell carcinoma of the floor of the mouth?
- H.30.-Why is it difficult to predict prognosis of the squamous cell carcinoma of the floor of the mouth?
- H.31.-What factors suggest that radiotherapy is not the most appropriate primary treatment modality of the squamous cell carcinoma of the floor of the mouth?.

- H.32.-What are the indications for post-surgical radiotherapy of the squamous cell carcinoma of the floor of the mouth?.
- H.33.-What is the role of the “functional” neck dissection?.
- H.34.-What methods do you know of evaluating tumour spread into the bone of the mandible?.
- H.35.-Discuss skin incisions and osteotomies for access to the infratemporal fossa.
- H.36.-What factors affect the post-operative nutrition and route of feeding after extensive cancer resections?.
- H.37.-Grading of oral cancer,therapeutic consequences,prognosis.
- H.38.-Squamous carcinoma of the lips.
- H.39.-Squamous carcinoma of the floor of the mouth.
- H.40.-Rhinosinusal carcinoma.
- H.41.-Most frequent soft tissue malignant tumours of head and neck in childrens.
- H.42.-Clark’s classification of facial melanoma.
- H.43.-Primary lymphomas in the maxillo-facial region.
- H.44.-Treatment of sarcomas arising from cartilage and bone origin in the facial skeleton.

H.45.-Explain the TNM classification of the UICC

H.46.-Discuss treatment of ameloblastoma.

## **I: TRAUMATOLOGY**

I.1.-What are the problems of the severely traumatised face, as after an unrestrained RTA (road traffic accident)?.

I.2.-How can you stabilise a malar fracture?.

I.3.-Which eyelid incisions would you use? What advances are there in this field?.

I.4.-In severe nasoethmoidal trauma, what are the principles of treatment?.

I.5.-What soft tissues complications may arise?.

I.6.-What would be your initial management of simple nasal trauma?.

I.7.-What do you know about the results of treatment of nasal fractures?.

I.8.-What are the important ocular injuries associated with midface trauma?.

I.9.-What methods would you use to identify ocular injury?.

I.10.-What are the long term complications of mandibular condylar trauma in the young? How could these be prevented?.

I.11.-What are the benefits and risks of open reduction of condylar neck fractures?.

I.12.-Discuss post-traumatic orbital volume changes.

- I.13.-Describe the management of orbital blowout fractures.
- I.14.-Describe the methods of internal fixation used for mandibular fractures.
- I.15.-Classification of the fractures of the neck and head of the mandibular condyle and their treatment.
- I.16.-Diagnosis and therapy of the fractures of the mandible.
- I.17.-Symptomatology, diagnosis and therapy of the fractures of the zygoma and the orbit.
- I.18.-Therapy concept for panfacial fractures (for multiple fractures of the midface and the jaws) with and without fractures of the neck of the mandible.
- I.19.-Classification and fracture area frequency of fractures of the mandible and maxilla/zygomatic bone.
- I.20.-Treatment of mandibular fractures,subcondylar fractures,etc.
- I.21.-Management of mandibular fractures of edentulous,older patients.
- I.22.-Definition,clinical signs and treatment of blowout fractures of the orbital floor.
- I.23.-Complication of mandibular fractures.
- I.24.-Symptoms,diagnosis and treatment of cheekbone fractures.

- I.25.-General principles of surgical treatment of soft tissue injuries.
- I.26.-Treatment of condylar fractures in children patients.
- I.27.-Timing and surgical procedures of mandibular fractures.
- I.28.-Timing and surgical procedures of Le Fort I,II,III fractures.
- I.29.-Complications of orbito-zygomatic fractures.
- I.30.-Indications and descriptions of different types of internal and external rigid fixation in fractured patients.
- I.31.-How do you treat a unilateral dislocated fracture of the collum mandibulae in a child and why?.
- I.32.-Which mechanisms are responsible for post-traumatic enophthalmus?  
What are the therapeutics possibilities?.
- I.33.-Which are the main steps during surgical treatment of a naso-ethmoidal fracture?.
- I.34.-What are the complications of plate osteosynthesis?.
- I.35.-Which are the treatment possibilities for treatment of fractures of edentulous upper and lower jaws?.
- I.36.-What is your management concerning teeth or roots in a fracture line?.
- I.37.-How do you proceed in case of panfacial fracture?.
- I.38.-Orbital trauma:ocular complications.



- I.39.-Management of TMJ-fractures (collumfrakturen),surgical technique.
- I.40.-Compare different surgical treatment modalities for condylar fractures of the mandible.
- I.41.-Negative effects of osteosynthesis materials.
- I.42.-Early complications related to orbital fractures.
- I.43.-Compare different mandibular osteosynthesis methods relating to indication,techniques and treatment results.
- I.44.-The classification of condylar fractures of the mandible. How does it affect the choice of treatment.
- I.45.-The classification of zygomatic fractures.How does it affect the choice of treatment.
- I.46.-Resorbable osteosynthesis materials in oral and maxillofacial surgery.
- I.47.-Diagnosis and treatment of NOE fractures.
- I.48.-Late complication of nasal fractures.
- I.49.-Outline the advantages and the disadvantages of the different methods of bone fixation employed in maxillo-facial surgery.Discuss in detail the use of bone plates.
- I.50.-Indications for open reduction of mandibular fractures.
- I.51.-Skeletal fixation by the use of mini and microplates.Where and how

are they applied?What are their advantages?.

I.52.-Condylar fracture of the mandible,closed and open treatment? Explain why.

I.53.- Complications in treated zygomatic fractures.

I.54.-Treatment of naso-ethmoid fracture alone or in combination with severe Le Fort III.

I.55.-Treatment of the lateral orbital wall fracture.

I.56.-Injury of the orbital floor.Clinical picture,evaluation,treatment.

I.57.-Presurgical planing in case of enophthalmos as a result of an orbito-zygomatic fracture.

I.58.-What are the treatment options in fractures of the frontal sinus?.

I.59.-What is a strong indication for repositioning and retention of condylar fracture?.

I.60.-Which techniques are available and which treatment recommendations can be made for fresh traumatic telecanthus?.

I.61.-What are the difficulties in treatment of a fracture of the lower alveolar process?.

I.62.-Discuss primary and secondary healing of fractures.

## **L: PRE-PROSTHETIC SURGERY**

- 
- L.1.-Surgical procedures in severe mandibular atrophy for prosthetic rehabilitation.
- L.2.-Surgical procedures in severe upper maxillary atrophy for prosthetic rehabilitation.
- L.3.-Which are the different surgical possibilities you can propose to a patient with severely resorbed edentulous upper jaw?.
- L.4.-The LeFort I osteotomy with simultaneous autologous bone interposition and insertion of implants is an established therapy for extremely atrophic edentulous upper jaws. Which are the indications, the main surgical steps and the main difficulties of this methods?.
- L.5.-What do you think about the use of implants in irradiated bone?.
- L.6.-What are the main conditions to obtain osseointegration?.
- L.7.-What is guided tissue regeneration?.
- L.8.-Types of oral pre-prosthetic surgical procedures.
- L.9.-Technique for deepening the mandibular/maxillary sulcus.
- L.10.-Technique for reduction of fibromatosis.
- L.11.-Augmentation techniques,indications,contraindications.
- L.12.-Methods and materials for dental implantology,success rates complications and therapy.

- L.13.-Biology/pathology of osseointegration.
- L.14.-Bone trasplants;how?Where from?Bone splitting,sinus lifts.
- L.15.-Vestibuloplasty.
- L.16.-Alveolar ridge augumentation.
- L.17.-Endosseal dental implants.Indications for surgery,limitations.
- L.18.-Discuss the treatment of the severely atrphyc edentulous mandible.
- L.19.-What are the surgical principles concerning implants for facial prostheses?.
- L.20.-The use of implants for increasing alveolar height in preprosthetic surgery.
- L.21.-Discuss absolute mandibular augumentation with grafts.
- L.22.-Discuss relative augumentation of the mandible with sulcusplasties against implants.
- L.23.-Describe different techniques of vestibuloplasty in the upper jaw and the limitations of indications.
- L.24.-Discuss absolute augumentation of the upper jaw with grafts.

### **M: TMJ**

- M.1.-Diagnostic procedures in TMJ pathology.
- M.2.-Functional rehabilitation in TMJ disorders.

- M.3.-Surgical repair of TMJ disorders.
- M.4.-Complications of TMJ surgery
- M.5.-Indications and therapeutic aspects in TMJ arthroscopy.
- M.6.-Which diagnostic and therapeutic measurements are to be taken in case of an acute closed lock?.
- M.7.-What is the myofascial pain syndrome?Therapeutic possibilities.
- M.8.-Indications,advantages and disadvantages of therapeutic arthroscopy.
- M.9.-Indications for discectomy.
- M.10.-What is in your opinion the ideal visualisation technique for internal derangement of the TMJ?.
- M.11.-Discuss the causes and management of ankylosis of the TMJ?.
- M.12.-Discuss the management of “end-stage”degenerative joint disease of the TMJ?.
- M.13.-Splint therapy in temporomandibular disorder.
- M.14.-Arthroscopy scope of therapeutical procedures.
- M.15.-Surgery of internal derangement and condylar luxation.
- M.16.-Surgical correction of ankylosis of the TMJ,incidence,causation,operative procedure.
- M.17.-Surgical technique towards the TMJ.

- M.18.-Luxation of the TMJ,cassification and treatment.
- M.19.-Functional therapy,indications and principle.
- M.20.-What methods should be used to make a diagnosis of TMJ dysfunction?.
- M.21.-TMJ disorders.
- M.22.-Arthroscopy of the TMJ.Explain different findings and therapeutic results for the commonest entities.
- M.23.-Rheumatoid arthritis of the TMJ.
- M.24.-Habitual luxation of the TMJ.Examination of the patient and different treatment methods.
- M.25.-Discuss the diagnosis and treatment modalities of temporomandibular disc luxation.
- M.26.-Discuss the diagnosis and treatment modalities of mandibular condyle luxation.
- M.27.-Clinical findings of the painfull TMJ.
- M.28.-Indication for surgery in cases with internal derangement of TMJ.
- M.29.-Which aids and which options do you have for diagnosing and treating perforations of the disc of the TMJ?.

## **N: RECONSTRUCTIVE SURGERY**

N.1.-Which local flaps would you use for small defects of the nose,the cheek and lips?.

N.2.-What pedicled muscolocutaneous flaps do you know especially for the head and neck region?.

N.3.-Some indications for free bone and chondral grafts,theoretical basis of free bone and chondral grafting.

N.4.-Which donor site are mainly used for microvascular reconstruction of maxillo-facial defects.Anatomy,advantages and disadvantages.

N.5.-Indications and techniques for lips defects repair.

N.6.-Indications and techniques for cheek defects repair.

N.7.- Indications and techniques for eyelids defects repair.

N.8.- Indications and techniques for mandibular defects repair.

N.9.-Advantages and disadvantages of different types of free bone defects repair.

N.10.-Basic principles of tissue and organ grafting,immunologic concepts, storage of tissues.

N.11.-Classification of flaps/grafts,surgical technique,indications.

N.12.-Indications and principles of microsurgical tissue grafts.

N.13.-What is a rhomboid flap?.

- N.14.-Describe the local flaps used for oral reconstruction following tumour surgery.
- N.15.-Describe the distant flaps used for oral reconstruction following tumour surgery.
- N.16.-What are the perceived advantages of free vascularised flaps over myocutaneous flaps?.
- N.17.-What do you think about primary bone and soft tissue reconstruction in a patient with a gunshot wound causing enormous tissue loss?.
- N.18.-Myocutaneous flaps of the pectoralis major.
- N.19.-The free flap of the iliac crest.
- N.20.-Homologous tissue transfer in maxillo-facial surgery.
- N.21.-Discuss the indications of free flaps in the treatment of oral cancer.
- N.22.-Discuss the management of an oncological hemitongue defect.
- N.23.-Discuss the management of an oncological total tongue defect.
- N.24.-Discuss the management of an oncological anterior mandibular defect.
- N.25.-Discuss the management of an oncological lateral mandibular defect.
- N.26.-Discuss the management of a maxillectomy defect.
- N.27.-Describe how to elevate a temporoparietal pedicled flap.



- N.28.-Describe how to elevate a pectoralis major pedicled flap.
- N.29.-Criteria used in bone graft evaluation.
- N.30.-Bone grafting in oro-maxillo-facial surgery. Where is it used?.
- N.31.-Uses of particulare autogenous marrow cancellous bone grafting?.
- N.32.-Inmediate treatment of gunshot wounds of soft tissues?.
- N.33.-Mandibular resection and replacement after surgery for treatment of oral carcinoma.
- N.34.-Uses of forehead and naso-labial flaps in patients treated for oral carcinoma.
- N.35.-Pectoralis major island myocutaneous flap. Describe the surgical steps and reffer its own use.
- N.36.-Tongue flaps.Surgery and uses.
- N.37.-Discuss the application of free osteo-cutaneous flaps.
- N.38.-Discuss aspects of bone substitution and regeneration.

### **O: CONGENITAL/DEVELOPMENTAL INCLUDING CRANIOFACIAL SURGERY**

- O.1.-Describe currents protocols for the management of cleft lip and palate.
- O.2.-Describe protocols for the management of craniofacial microsomia.

- O.3.-Discuss the management of condylar hyperplasia.
- O.4.-Arteriovenous malformations of head and neck classifications, diagnosis and treatment principles.
- O.5.-Describe the normal embryonic development of the orofacial region and the pathogenesis of clefts of the lip and palate.
- O.6.-Classification of the clefts of the lip and palate including rare facial clefts.
- O.7.-Development of lateral and median cyst of the neck.
- O.8.-Reasons for dystopic orbits and classification of teleorbitism.
- O.9.-Surgical technique for repair of the cleft (lip/palate), objectives, timing the cleft surgery.
- O.10.-Procedures secondary to cleft palate surgery. e.g. velopharyngeal incompetence.
- O.11.-Principles of rehabilitation on the patient with a congenital orofacial cleft together with other specialists.
- O.12.-Classification, surgical technique (and timing) of cranio synostosis.
- O.13.-Timing of surgical procedures in lip-palate clefts.
- O.14.-Emergencies in surgical complication in patients with cranio-maxillo-facial malformation.

- O.15.-Surgical indications in patients with Treacher-Collins syndrome.
- O.16.-What influence has the closure of the soft palate on the middle ear?.
- O.17.-Which are the different disciplines to be presented in cleft palate team with an optimal structure?.
- O.18.-Which treatment and timing protocol do you prefer for primary treatment of cleft lip and palate and why?
- O.19.-What do you know about bone grafting in cleft lip and palate patients?.
- O.20.-Hypertelorismus:definition.
- O.21.-Which are the treatment possibilities in case of anophthalmia?.
- O.22.-What is callus distraction? What are the possible indications in maxillo-facial surgery?.
- O.23.-Surgical treatment of hemifacial microsomia.
- O.24.-Vascular malformations of the oral and maxillo-facial regions.
- O.25.-Surgical goals in treatment of cleft lip and palate.
- O.26.-Timing of surgery for bone grafting in cleft patients.
- O.27.-Describe the main skeletal features of a Treacher Collins patient.
- O.28.-What are the classical signs of cleidocranial dysostosis in the head and neck area?.

O.29.-What is the optimal timing for closure of an alveolar cleft and which transplant materials are recommended?

O.30.-What are the possible treatment of clefts before closure of the lip?  
Advantages? Disadvantages?.

O.31.-What are the important aspects when considering a high midface osteotomy in a cleft patient?.

O.32.-What are the therapeutical options in velo-pharyngeal incompetence?  
Explain your personal choice.

### **P: ORTHOGNATIC SURGERY**

P.1.-List all the possible examinations and technics necessary to have complete diagnostic and prognostic information in order to treat a dysgnathia with a severe hyperplasia of the mandible, and explain why?

P.2.-What do you know about the incidence of condylitis following orthognatic surgery?

P.3.-Give a short overview of different fixation and osteosynthesis possibilities. What is their statistic stability/relapse prognosis. What are their respective advantages and disadvantages.

P.4.-Causes of surgical relapse in progenic patients treated with bi-maxillary osteotomies.

- P.5.-Modern tendencies in treatment of progenic patients: maxillary osteotomy, mandibular osteotomy, bi-maxillary osteotomy; indications.
- P.6.-Indications and descriptions of the different types of mandibular osteotomies.
- P.7.-Complications of bilateral mandibular sagittal osteotomy (BSSO).
- P.8.-Complications of LeFort I osteotomy.
- P.9.-Indications and descriptions of the different types of osteotomies in cases of patients with hypoplasia of the medium third of the face.
- P.10.-The asymmetric face. Describe developmental and acquired reasons.
- P.11.-The techniques of facial bone osteotomy and methods of osteosynthesis.
- P.12.-What factors affect stability?.
- P.13.-Discuss the principles of planning osteotomies.
- P.14.-How and why has the sagittal split osteotomy been modified?.
- P.15.-Discuss the timing of corrective maxillo-facial surgery for Crouzon's syndrome?.
- P.16.-Hemi-facial (cranio-facial) microsomia can present with a wide spectrum of defects. What factors are central to determining therapy?.
- P.17.-What are nasal changes following Le Fort osteotomy?.

- P.18.-Determination of the preoperative position of the condyle in orthognatic surgery.
- P.19.-Contraindications for SSO in the mandible.
- P.20.-Which factors affect the relapse in mandibular orthognatic surgery?
- P.21.-Outline the preoperative complications of a sagital split osteotomy and discuss the management of their treatment.
- P.22.- Outline the preoperative complications of a Le Fort I osteotomy and discuss the management of their treatment.
- P.23.-Discuss the pre and post-operative management of the mandibular condyle positioning in bimaxillary osteotomies.
- P.24.-Indications for sagittal split osteotomy of the mandible.
- P.25.-What are the important points,lines and angle on the standard lateral cephalogram of the patient with orthognatic abnormality?What is the role they play in final surgical planning?.
- P.26.-Surgical correction of the facial microsomia.
- P.27.-Treatment of bimaxillary alveolar protusion.
- P.28.-Indications and surgical technique of the LeFort III osteotomy.Describe the technical stages.
- P.29.-What are the profile changes in LeFort I maxillary advancement?.

P.30.-What are the promising respectively unfavourable techniques for closure of open bite?

P.31.-What are (up to now) problems in bone distraction in our field of work?

P.32.-What are (can be) logopedic consequences of a LeFort I advancement?.

P.33.-What are the complications of the advancement of the mandible by sagittal splitting?

P.34.-What are the risks of the movement of an anterior upper segment.

### **Q: AESTHETIC SURGERY**

Q.1.-Treatment of pure aesthetical nasal anomalies.

Q.2.-Treatment of nasal deformities in lip palate clefts patients.

Q.3.-Treatment of nasal deformities in post-traumatic patients.

Q.4.-Treatment of aesthetical eyelids anomalies (blepharoplasty).

Q.5.-Treatment of eyelids ptosis.

Q.6.-Treatment of facial nerve palsy.

Q.7.-What is the best way to cover an 1 cm defect of the skin in face?

Q.8.-How long after initial treatment of a facial wound should you wait before commencing with correction of the sear and what is to be done during the meantime?.

Q.9.-Therapeutic possibilities of the skin of the elderly.

Q.10.-What is an “aesthetic unit”.Make a drawing.

Q.11.-Give some indications for the use of a Z-plasty.

Q.12.-What are the advantages and disadvantages of an open and of a closed approach for rhinoplasty?What are the indicationsfor each of these approaches?.

Q.13.-Describe the course of the branches of the facial nerve in its surgical relevance.

Q.14.-Which material would you use for onlay procedures and why?.

### **R: SALIVARY GLANDS**

R.1.-Epidemiology and nosological aspects of minor salivary glands tumours.

R.2.-Epidemiology and nosological aspects of major salivary glands tumours.

R.3.-Indication of neck dissection for lymphatic areas treatment in salivary glands tumours according to the sites,staging and grading.

R.4.-Surgical procedures in parotid gland tumours.

R.5.-Diagnostic procedures in salivary glands swelling.



- R.6.-Discuss the investigation of salivary tumours.
- R.7.-Discuss the differential diagnosis and the management of deep lobe salivary tumours.
- R.8.-Describe the prevention and management of Frey's syndrome.
- R.9.-Differentiate indications for non surgical treatment of inflamed salivary glands.
- R.10.-Present some kind of typical malignant tumours of the salivary glands and their treatment.
- R.11.-How do you treat various sialolithiasis?.
- R.12.-Which are the systemic diseases involving the salivary glands?.
- R.13.-Salivary gland tumours, classification, histology, prognosis.
- R.14.-Make a design of the most important anatomic relationships of the parotid salivary gland.
- R.15.-Mucoepidermoid carcinoma of low grade of the parotid gland.
- R.16.-Cystic adenocarcinoma of parotid gland.
- R.17.-Discuss the management of the parotidectomy defect.
- R.18.-What is Sjogren's syndrome and how is it diagnosed?.
- R.19.-Explain the anatomical landmarks when removing a submandibular gland.

**S: DISCUSSION OF CASE REPORT**

S.1.-Carcinoma of oral cavity (One case will be presented by examiners).

S.2.-NOE fracture (One case will be presented by examiners).

S.3.-Carcinoma of salivary gland (One case will be presented by examiners).

S.4.-Bone sarcoma (One case will be presented by examiners).

S.5.-A 27 year old man, had become aware that he was a hemophiliac at the age of 8, at which time he had cut his tongue during a football game.

Severe hemorrhage had resulted, and he was hospitalized for 14 days. At that time he had experienced his first hemorrhage in the knee joints. This had resulted in a partial loss of function, which has persisted until this time. The patient was one of five children. Two of the patient's younger brothers died of uncontrollable hemorrhage at the ages of 2 and 3 years respectively. The older brother and him were apparently normal. Information concerning the preceding generation was vague. The patient's father has died of a malignant disease, and the mother was still living. The patient was sent to your hospital for extraction of 3 teeth.

Diagnostic procedure? Diagnosis? Treatment plan?

S.6.-A 60 years old lady comes to outpatients clinic and that she is not able

to wear a total prosthesis in the upper jaw. 20 years ago her teeth in the upper jaw had been extracted. In the lower jaw she has the teeth 33 and 43, the rest of the teeth are missing. On investigation you will find in the upper jaw almost no dome of the hard palate, a very shallow vestibulum and very low alveolar ridge. There is a certainly no way to incorporate a well fitting upper total prosthesis.

On panoramic X-ray you will find two huge maxillary sinus on both sides. In the frontal region about 2 mm of bone and beneath the maxillary sinus about 1 mm of bone. On cephalometric X-ray there is a pseudoprogeria with an advancement of the mandible and a retromaxilla with almost no bone seen in the upper jaw.

Questions:

- 1.-Why is the frontal bone vanished?
- 2.-Why does the patient have a pseudoprogeria?
- 3.-Explain the possibilities which treatment you would suggest and which plannings have to be done before you would proceed an operation?

S.7.-In a 50 year old patient a solitary giant cell granuloma has been diagnosed by biopsy in an edentulous region of the mandible. What are the sub-

sequent diagnostic and therapeutic procedures to be taken?

S.8.-A 35 year old woman suffered a blow to her head and was examined radiographically. On water's view of the maxillary sinus a small radiopaque object was found in the cloudy antrum. The bone walls of the maxillary sinus were thicker in comparison to the opposite side. Two premolars on the affected side had been endodontically treated. The patient had been completely asymptomatic and could not remember any sinus disease.

What is the most likely diagnosis and what procedure should be recommended?

S.9.-A 65 year old man, after a conservative treatment of the upper second molar under local anesthesia, developed an irritating ulceration on the same side of the hard palate. After 3 weeks a biopsy is taken, and the pathology report is not very clear: "Necrotic tissue of a salivary gland, inflammatory infiltrate, and possibly infiltrating squamous epithelium. Squamous cell cancer cannot be ruled out".

What is the most likely diagnosis?

S.10.-A 25 year old woman underwent apicectomy of the upper lateral incisor because of a granuloma. 3 days postoperatively she develops a se-

vere painfull edema of this side of the face,especially the cheek,the upper lip and both upper and lower eyelid,accompanied by fever.

What may be the cause and what treatment should be given?

S.11.-An older patient presents with what looks like a luxation of the condyle.You cannot communicate with him, no one knows the exact circumstances how it happened.

How do you proceed?

# **10.-BIBLIOGRAFÍA**

- 1.-DICCIONARIO DE LA LENGUA ESPAÑOLA.Real Academia de la Lengua Española -Espasa Calpe,22 Edición :Madrid 2002.
- 2.-AMERICAN SOCIETY FOR QUALITY -ASQ-[www.asq.com](http://www.asq.com)
- 3.-EUROPEAN FOUNDATION OF QUALITY MANAGEMENT -EFQM-  
[www.efqm.com](http://www.efqm.com)
- 4.-ASOCIACIÓN ESPAÑOLA PARA LA CALIDAD –AEC-[www.aec.es](http://www.aec.es)
- 5.-DEMING W.E.Out of the crises:Analality, productivity and competitiveness (Edición en español).Díaz de Santos: Madrid 1989.
- 6.-ALONSO JM,POVEDO P.Gestión de la Calidad.Santillana 1996.
- 7.-ISHIKAWA K. Que es el Control de Calidad:¿la modalidad japonesa? Norma :Bogotá 1986.
- 8.-JURAN JM,GRINA FM,BINGHAM RS.Manual de Control de Calidad.Reverte: Barcelona 1990.
- 9.-JURAN JM. Juran y la Planificación para la Calidad.Díaz de Santos: Barcelona 1990.
- 10.-MIRA JJ,VITALLER J.Calidad Corporativa Hospitalaria,¿Qué transmite la prensa escrita?.Todo Hospital 1996;131:25-31
- 11.-NOTABLE EN SANIDAD.El Barómetro de la Salud 2002. Noticias

Médicas 2003; 3830 :14-16

**12.-CONDE HERNÁNDEZ P,PALOMAR GARCÍA FJ,SÁENZ DE TEJADA M,GARCÍA-PERLA A.** Análisis estadístico de las reclamaciones en un Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Emergencias 2001; 13 (nº extra):227

**13.-UNION DE CONSUMIDORES DE CATALUÑA.**Cómo hacer una reclamación.Larousse :Barcelona 1997.

**14.-MEYEROWITZ C, JENSEN OE, ESPELAND MA, LEVY D.** Extraction of third molar, and patient satisfaction.Oral surg,oral med and oral path 1988; 65: 396-400

**15.-FROST V,PETERSON G.**Psychological aspets of orthognatic surge-ry.How people respond to a facial change.Oral surg,oral med and oral path 1991; 71: 538-542

**16.-NAVARRO C, CUESTA M, LOPEZ DE ATALAYA J.**Carcinoma e-pidermoide de la cavidad oral en estadio avanzado.Resultados terapeúti-cos de 375 casos tras 5 años de seguimiento.Medicina Oral 1998; 3: 7-17

**17.-NUEVA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONA-MIENTO, LA DISCAPACIDAD Y LA SALUD DE LA OMS (CIF).** Dia-rio Médico. 22-3-2002



- 18.-ALONSO J, PRIETO L, ANTÓ JM. La versión española del SF-36 Health Survey :un instrumento de medida de los resultados clínicos. Medicina Clínica 1995;104: 771-6
- 19.-PATEL SG, DESHMUKH SP, SAVANT DN, BHATENA HM. Comparative evaluation of function after surgery for cancer of the alveolar complex. J.Oral Maxillofacial Surg 1996; 54: 698-703
- 20.-SCHILIEPHAKE M, RÜFFERT K, SCHNELLER TH. Prospective study of the quality of the life in cancer patients after intraoral tumour surgery. J.Oral Maxillofacial Surg 1996; 54: 664-669
- 21.-MAYORGA F. La disección ganglionar cervical, situación actual y estudio de la supervivencia. Tesis doctoral. Universidad de Sevilla 1998.
- 22.-ROLLON A. Estudio comparativo de diferentes métodos de reconstrucción orofacial con criterios de control de calidad. Introducción y validación del colgajo libre radical de antebrazo. Tesis doctoral. Universidad de Sevilla 1995.
- 23.-SALAZAR JA, PRADOS D. El enfoque del control de calidad en Atención Primaria. En: Manual del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. M&C :Madrid 1993
- 24.-FERNANDEZ J. Evaluación externa de un programa de educación diabe-

tológica en el Hospital Regional de Málaga: microfichas. Servicio de publicaciones de la universidad de Málaga 1991.

**25.-VARO J.**Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios; un modelo de gestión hospitalaria.Díaz de Santos :Madrid 1993.

**26.-VARO J.** Del control de calidad a la calidad total. Medicina Clínica 1995; 104: 461-462

**27.-**Según la Fundación Cervantes, un sistema integral de calidad no puede quedarse en la norma ISO .Diario médico 26-3-03.

**28.-DEUTSCHLAND INSTITUTE FÜR NURFUNG -DIN-. [www.din.org/](http://www.din.org/)** midlestones.

**29.-AENOR, LA CALIDAD ES EL FUTURO.** ABC de Sevilla. N° extra. Marzo 1999

**30.-NORMAS UNE-EN .**Gestión de calidad y elementos del sistema de calidad. Parte 2ª: guía para los servicios. AENOR: Madrid 1993.

**31.-COMUNIDAD ECONÓMICA EUROPEA. DIRECTIVA 93/45/CEE,** relativa a los Productos Sanitarios.DO n° L 169.

**32.-ARTER DR,RUSELL JP.** Lección Guía ISO Q 9001:2000.(Edición en español).American Society for Quality: New York 2000

**33.-JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE**

- ORGANIZATIONS. Manual de acreditación para hospitales. SG Editores y Fundación Avedis Donabedian :Barcelona 1996.
- 34.-**FUNDACIÓN AVEDIS DONABEDIAN. [www.fad.es](http://www.fad.es)
- 35.-**SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL -SECA-.  
[www.seca.es](http://www.seca.es)
- 36.-**La Cuarta Edición de los TOP 20 consolida la cultura benchmark. Diario Médico 7-11-2003.
- 37.-**PALMER RH. Evaluación de la asistencia sanitaria, principios y práctica.Ministerio de Sanidad y Consumo :Madrid 1990.
- 38.-**RUTSTEIN DD,BERENBERG W,CHAIMERS TC,CHILD CG,FISHMAN AP,PERRIN EB.Measuring the quality of medical care:a clinical method.N Engl J Med 1976; 294: 582-588
- 39.-**PRADOS D,SALAZAR J.A.,Evaluación y sistemas de información,retroalimentación, características de los componentes del sistema de evaluación.En:el Manual del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria.M&C: Madrid 1993.
- 40.-**DONABEDIAN A.La calidad de la atención médica.Prensa Médica Mexicana: Mexico 1984
- 41.-**DONABEDIAN A. Una aproximación a la monitorización de la calidad

asistencial. Control de calidad 1991; 6: 1-6

**42.-ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS-WHO).** Evaluación de los programas de salud. Serie "Salud para todos" nº6: Ginebra 1981.

**43.-WORLD HEALTH ORGANIZATION. REGIONAL OFFICE FOR EUROPE.** The principles of quality assurance. Report on a WHO meeting. Euro Reports and Studies Series nº 94: Copenhagen 1985

**44.-CONSEJERÍA DE SALUD.** Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales. Junta de Andalucía 2002.

**45.-RUIZ DE ADANA PEREZ R, RODRÍGUEZ SANTIRSO MA.** Nuevas estrategias de mejora de la calidad: la gestión por procesos integrados. Jano 2003; 1486 :58-64

**46.-SUÑOL R, PACHECO MV, DELGADO R, CARBELLA A, BAURÉS N.** El estudio de la opinión del usuario y su aplicación en los programas de control de calidad. Control de calidad 1987; 2: 15-22

**47.-MARQUET I PALOMER R, PUJOL I RIBÓ, JIMÉNEZ I VILLA J.** Cuestionarios de satisfacción. Una respuesta demasiado sencilla para un tema demasiado complejo. Cuadernos de Gestión 1995; 1 :23-31.

**48.-JUNAY A, RUIZ J, LLEDO R, ASENJO MA.** Servicio de usuarios como soporte clave en la organización hospitalaria. Todo Hospital 1996; 131: 19-23

- 49.-LAFTEL G,BLUMENTHAL D.**The case for using industrial quality science in health care organizations.JAMA 1989;262: 2869-2873
- 50.-VUORI HV.** Introducir el control de calidad,un ejercicio de audacia. Control de calidad asistencial 1997; 2 : 1-4
- 51.-LAMATA F.**Manual de Administración y Gestión Sanitaria.Díaz de Santos : Madrid 1998
- 52.-ANTOÑANZAS F,ROVIRA J,DEL LLANO J.**¿Se emplea el criterio de la eficiencia en la gestión clínica?.El Médico 1999; 3 :26-33.
- 53.-BADÍA X.**La evaluación económica del sector sanitario:revisión de los estudios españoles y apuntes para el futuro.Revisiones en Salud Pública 1991;2:107-117
- 54.-Ley 16/2003,** de 28 de Mayo,de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE nº 128.
- 55.-CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA.**Librería del BOE :Madrid 2003.
- 56.-Ley 14/1986** de 25 de Abril. Ley General de Sanidad. BOE. nº102.
- 57.-Informe y Recomendaciones** de la Comisión para el Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo: Madrid 1991.
- 58.-ANDERSEN CONSULTING.** El futuro de la sanidad en Europa. 1994

- 59.**-BAREA J,GOMEZ A.El problema de la eficiencia en el sector público español:especial consideración a la sanidad. Instituto de Estudios Económicos: Madrid 1994.
- 60.**-Informe Abril Martorell: la reforma sanitaria que llegó doce años después.ABC 22-11-2003.
- 61.**-Real Decreto 63/1995,sobre Ordenación de las Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud.
- 62.**-THORTON S. ¿Se deben limitar las prestaciones sanitarias públicas?. Diario Médico. 4-6-1998.
- 63.**-Real Decreto-Ley 1035/1999 de 18 de Junio, por el que se regula el sistema de precios de referencia en la financiación de medicamentos con cargo a la Seguridad Social.
- 64.**-Real Decreto-Ley 5/2000, de 23 de Junio,de medidas urgentes de Contención del Gasto Farmacéutico Público, y de Racionalización del Uso de los Medicamentos.
- 65.**-Ley 30/1984, de 2 de agosto ,de Medidas para la Reforma de la Función Pública.
- 66.**-Ley 12/1996 de 30 de Diciembre,de Presupuestos Generales del Estado para 1997.

- 67.-El Gobierno no pagará atrasos a los funcionarios.ABC 27-2-02.
- 68.-Ley 23/2001, de 27 de diciembre,de Presupuestos Generales del Estado para 2002. Adoptada por la Comunidad de Madrid para dedicar parte de la recaudación del impuesto sobre hidrocarburos a la financiación sanitaria.
- 69.-BLAZQUEZ GÓMEZ MC, GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL B. Presupuestos, contratos e incentivos en el gasto sanitario público del medicamento.Gráficas Letra-Laboratorios Lilly : Madrid 2000.
- 70.-GONZALEZ NAVARRO G. Contradicciones. Noticias Médicas 2003; 3824: 7
- 71.-GARCÍA HERNÁNDEZ JM. La Encrucijada sanitaria. Celeste ediciones: Madrid 1993.
- 72.-GOODWIN B. El uso de las ideas políticas. Ediciones Península:Barcelona 1993
- 73.-FARIAS P.Breve Historia Constitucional de España.Latina Universitaria: Madrid 1981
- 74.-ROMEU J.Elegir Médico.Para no equivocarse; su salud va en ello.Colimbo 1997
- 75.-VIVER N. El Poder del Paciente . Integral-RBA: Barcelona 2000.
- 76.-SANCHEZ BAYLE M.Hacia el Estado del Malestar. Neoliberalismo y

política sanitaria en España. Los libros de la catarata: Madrid 1998.

**77.-**GONZALEZ TEMPRANO A. La consolidación del Estado del Bienestar en España. Colección Estudios 2003.

**78.-**La Reforma de los sistemas de asistencia sanitaria. Estudio de diecisiete países de la OCDE. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1998

**79.-**ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Conferencia Internacional de Alma-Ata. Ginebra 1978.

**80.-**RECIO P. Cuadernos de salud y consumo nº 3. Hospitales y asistencia especializada en Andalucía. Introducción del Consejero -Pablo Recio Arias- Junta de Andalucía. Mayo 1986.

**81.-**Ley Orgánica 8/1980, de 22 de Septiembre, de Financiación de las Comunidades Autónomas.

**82.-**Ley 21/2001, de 27 de Diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de Financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía .BOE nº 313.

**83.-**Ley 2/1998, de 15 de Junio. Ley de Salud de Andalucía. B.O.J.A. nº 74

**84.-**Real Decreto 521/1987 de 15 de Abril, por el que se aprueba el Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de los Hospitales



gestionados por el Instituto Nacional de la Salud. BOE 16-4-87.

**85.-**Orden Ministerial por la que se aprueba el Reglamento General de estructura, organización y funcionamiento de los Hospitales de la Seguridad Social. BOE 5-3-85.

**86.-**Ley 44/2003, de 21 de Noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. BOE nº 280

**87.-**Ley 55/2003, de 16 de Diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud.

**88.-**LA OMC SIENTA LAS BASES DEL HOSPITAL DEL SIGLO XXI. Según el texto "El ejercicio Profesional en Atención Especializada". Gaceta Médica 2003; 5

**89.-**Ley 30/1999, de 5 de Octubre, sobre Selección y Provisión de plazas del Personal Estatutario de los Servicios de Salud

**90.-**Resolución S.C.5, de 3 de Abril de 1997, de delegación de facultades en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud, en materia de provisión de cargos intermedios.

**91.-**CONSEJERIA DE SALUD DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA Y ASOCIACIÓN ANDALUZA DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL. Protocolos de Diagnóstico y Tratamiento. Servicio Andaluz de Salud

1997

**92.-**GARCIA PERLA A. Coordinación interniveles.Libro de actas de las II Jornadas Andaluzas de Salud Buco-dental en Atención Primaria.Sanlucar de Barrameda 1997.

**93.-**CENTROS DE ALTA RESOLUCIÓN.Las pruebas que necesita el paciente en un solo día.Nuestra Salud 2002; 3

**94.-**SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL:Documento de Consentimiento Informado.Madrid 1997.

**95.-**MEJICA GARCIA J. El Enfermo transparente. Futuro Jurídico de la Historia Clínica Electrónica. Edisofer 2002.

**96.-**Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

**97.-**Ley Básica 41/2002, de 14 de Noviembre, reguladora de la Autonomía del Paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

**98.-**YATES J. Camas Hospitalarias. Problema Clínico y de Gestión. Doyoma :Barcelona 1990.

**99.-**NOGUER MOLINS L, BALCELLS GORINA A. Exploración Clínica Práctica.Editorial Científico-médica: Barcelona 1976.

- 100.**-JUNTA DE ANDALUCÍA.CONSEJERÍA DE SALUD.CMBD:Conjunto mínimo básico de datos al alta hospitalaria.Manual de Instrucciones. Subdirección técnica asesora.Servicio Andaluz de Salud 1994.
- 101.**-Orden Ministerial del Ministerio de Relaciones con las Cortes y de la Secretaría del Gobierno, que establece los requisitos que debe reunir un Hospital para ostentar la categoría de Universitario. BOE de 7 de agosto de 1987
- 102.**-SERVICIO ANDALUZ DE SALUD : CONTRATO-PROGRAMA PARA HOSPITALES 1998.
- 103.**-Según Moreau,la figura clásica del Jefe de Servicio está muerta.Diario Médico 30-9-03.
- 104.**-Real Decreto 1558/1986, de 28 de Junio, que establece las bases generales del régimen de conciertos entre las Universidades y las Instituciones Sanitarias.
- 105.**-Ley 11/1983 ,de 25 de Agosto. Ley de Reforma Universitaria. BOE 1-9-83.
- 106.**-Ley 6/2001 , de 21 de Diciembre. Ley Orgánica de Universidades. BOE 24-12-01.
- 107.**-ESTATUTO DE LA UNIVERSIDAD DE SEVILLA.BOJA de 5-12

-2003.

**108.**-Ley 15/2003,de 22 de Diciembre. Ley Andaluza de Universidades.  
BOJA nº 251.

**109.**-Real Decreto 127/84, de 21 de Enero, por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de médico especialista  
BOE nº 26

**110.**-Real Decreto 139/2003,de 7 de Febrero, sobre actualización de la regulación de la formación médica especializada.BOE 14-2-2003.

**111.**-EL ESTATUTO DEL RESIDENTE ABOGA POR LA TUTELA PRESENCIAL EN TODO EL MIR. La Vocalía de posgrado de la OMC presentó el texto en su última asamblea.Diario Médico 17-2-2003.

**112.**-PLAN ANDALUZ DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS.Documento 0. Servicio Andaluz de Salud.Noviembre 1993.

**113.**-Disposición adicional decimoctava de la Ley 4/1992,de 30 de Octubre, de Presupuestos de la Comunidad Autónoma de Andalucía para 1993, por la que se crea la Empresa Pública Hospital Costa del Sol.

**114.**- Ley 2/1994,de 24 de Marzo.Ley de creación de la Empresa Pública para la gestión de los servicios de Emergencias Sanitarias.

**115.**-Real Decreto-Ley 10/1996, de 17 de Junio,sobre Habilitación de Nue-

- vas Formas de Gestión en el Instituto Nacional de la Salud. BOE 18-6.96.
- 116.**-Ley 15/1997, de 25 de Abril, sobre Habilitación de Nuevas Formas de Gestión en el Sistema Nacional de Salud.
- 117.**-Real Decreto 29/2000, de 14 de Enero, sobre Nuevas Formas de Gestión en el Instituto Nacional de Salud.
- 118.**-Ley 30/1994, de 24 de Noviembre, de Fundaciones y de Incentivos Fiscales a la participación privada en actividades de interés general.
- 119.**-MARTIN JJ, DE MANUEL E. Reformas y Cambios Organizativos en el S.N.S.Español. En: XIII Jornadas de Salud Pública y Administración Sanitaria. Gestión Clínica, mitos y realidades. Escuela Andaluza de Salud Pública: Granada 1998
- 120.**-El sueño incumplido de Vallejo. Diario Médico 27-6-2002
- 121.**-El Insalud reconoce que Economía Controlará mucho las Fundaciones. Diario Médico 4-3-1998
- 122.**-FERRANDIZ MANJAVACAS FA. Reflexiones en torno al Real Decreto 29/2000, sobre nuevas formas de gestión del INSALUD. Revista de Administración Sanitaria 2000;14:151-163
- 123.**-PALOU A. Galicia despegando hacia el Jurásico. Diario Médico 31-10-2000

- 124.**-El SAS introduce el modelo de consorcio en el sistema público con el Hospital del Aljarafe.ABC 27-10-2002
- 125.**-Tercera réplica del modelo Alcira en la localidad alicantina de Denia. Diario Médico 24-9-2003
- 126.**-DESCARTES R. El discurso del método.Alianza: Madrid 1979.
- 127.**-BELMONTE SERRANO MA. Los sistemas de información: entre el fonendo y el ordenador.Jano 1996 (nº extra) ;1186: 145-151
- 128.**-PEREZ ACCINO R. Los sistemas de información hospitalarios. Punto de partida hacia la informatización de la Historia Clínica.Inform Salud 1994 ;6 :223-227
- 129.**-JUNTA DE ANDALUCÍA.CONSEJERÍA DE SALUD.Sistema de Información Interhospitales (INHIOS).1985
- 130.**-AHICART C.Técnicas de medición del Case-mix hospitalario II. Hospital dosmil 1998;2
- 131.**-FETTER R B,SHIN Y, FREEMAN J L,AVERILL RF,THOMPSON JD.Case Mix definition by Diagnosis Related Groups.Med Care 1980;18 (supl): 1-53.
- 132.**-CASAS M. GRD una guía práctica para médicos.Cuadernos de Gestión Clínica.IASIST: Barcelona 1995

- 133.**-ORTIZ MM,ALBA S.Gestión hospitalaria mediante los GRDs: Grupos Relacionados con el Diagnóstico.Ciencia Farmacéutica 1998 ;7 :287-294
- 134.**-GUILABERT A,ALMELA V.Calidad de datos y Grupos Relacionados con el Diagnóstico,¿ controles formales o grupos especiales?. Todo Hospital 1996; 131:41-43
- 135.**-Editorial:Clasificación Internacional de los problemas de la salud (CIE) en Medicina General.Tiempos Médicos 1977;100 :71-85
- 136.**- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO.C.I.E. 9 M.C. Instituto Nacional de la Salud .Madrid 1999
- 137.**-SAURA LLAMAS J,SATURNO HERNÁNDEZ P. Protocolos Clínicos:¿cómo se construyen?.Propuesta de un modelo para su diseño y elaboración.Atención Primaria 1996;2: 91-95
- 138.**-JIMENEZ VILLA J. Programación y protocolización de actividades. Monografías clínicas en Atención Primaria.Doyma: Barcelona 1993.
- 139.**-CMBD INSALUD. ANÁLISIS DE LOS GRDs AÑO 2000.Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de la Salud.Subdirección General de Coordinación Administrativa.Madrid 2001.
- 140.**-MANDEL IG, FRANKS P, DICKINSON JC. Screening guidelines in a family medicine program. A five year experience. J Fam Pract 1982;

14 : 901-907

- 141.**-ANTMAN EM,LAY J,KUPELNICK B.A comparison of results of meta-analysis of randomized control trials and recommendations of clinical experts. JAMA 1992; 268: 240-8.
- 142.**-NAYLOR CD.Grey zones of clinical practice.Some limits to evidence based medicine.Lancet 1995; 345:840-4
- 143.**-JURAN JM. Juran y el liderazgo para la calidad.Diaz de Santos:Barcelona 1990
- 144.**-SÁNCHEZ M. Los médicos, cada vez más descontentos.Resultados de una encuesta del Colegio de Médicos de Madrid. El Pais 2-12-2003
- 145.**-SANIDAD REQUIERE UN PACTO COMO EL DE LAS PENSIONES.Hernández Cochón alberga dudas sobre el futuro financiero de la Sanidad Española.Diario Médico 7-10-2002.
- 146.**-FARMAINDUSTRIA TIENE PREVISTO REFORZAR LA APLICACIÓN DE SU CÓDIGO DE BUENAS PRÁCTICAS.Diario Médico 11-6-2003.
- 147.**-McGREGOR D. The Human side of enterprise. McGraw-Hill: New York 1960.
- 148.**-Resolución 682/2003 de 28 de Julio, sobre el cumplimiento de produc-



tividad, factor variable al rendimiento profesional por consecución de resultados. Desarrollo del acuerdo de 21 de Noviembre de 2002 de la mesa sectorial de negociación de sanidad sobre política de personal para el periodo 2003 a 2005.

**149.-**GARCIA-PERLA A, BARQUERO J, MARTÍN JL. Requisitos Jurídicos para el establecimiento de la responsabilidad civil del médico. Revista de Medicina Familiar y Comunitaria 1998;8:182-188

**150.-**GARCIA-PERLA A, BARQUERO J, MARTIN JL. La racionalización del riesgo en medicina y la medicina defensiva. La prevención y gestión de demandas judiciales. Medicina Familiar y Comunitaria 2000;4 :42-50

**151.-**LATORRE F. Medicina y mito. Medios de comunicación y poder. Jano 1996;10: 23-4

**152.-**MARGARITA RETUERTO, DEFENSORA DEL PACIENTE EN MADRID. Institución pionera en España. Diario Médico 27-12-2002

**153.-**CORREDOR FERREIRA P. Cuidado con el paciente. Diario Médico 10-2-1999

**154.-**¿Qué he hecho yo para merecer esto?. Las reclamaciones de los pacientes desestabilizan a los médicos, según un estudio en BMJ. Diario Médico 15-6-99

**155.-**SANDEOGRACIAS JC. El síndrome "Burn-out". Humano, demasiado

humano. Diario Médico 5-9-1999

**156.-CÓDIGO DE ÉTICA Y DEONTOLOGÍA MÉDICA.** Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España 1999

**157.-PLATA RUEDA E.** Humanizar la medicina es adecuarla al hombre. En: hacia una medicina más humana. Panamericana: Bogotá 1997

**158.-Ley 31/1995 de 8 de Noviembre.** Ley de Prevención de Riesgos Laborales. BOE nº 269

**159.-Orden Ministerial de 27 de junio de 1997,** del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, por la que se desarrolla el Real Decreto 39/97 por el que se aprueba el reglamento de los servicios de prevención, en relación con las condiciones de acreditación de las entidades especializadas como servicios de prevención ajenos a las empresas y de autorización de las entidades públicas o privadas para desarrollar y certificar actividades formativas en materia de prevención de riesgos laborales.

**160.-Un tribunal solicita los informes de la Joint Comisión en un juicio.** Diario Médico 2 -6- 2001

**161.-BORRELL i CARRIÓ F.** Manual de Entrevista Clínica. Doyma :Barcelona 1989.

**162.-GOMEZ SANCHO M.** Cómo dar las malas noticias en Medicina. Asta

Médica :Madrid 1996.

**163.**-LÓPEZ-MUÑOZ LARRAZ G. Defensas en las negligencias médicas.

Dykinson:Madrid 1991.

**164.**-LADRON DE GUEVARA J, MOYA RUEDA AP.El Nuevo Código

Penal y El ejercicio de la medicina.Doyma.Barcelona 1997.

**165.**-Ley 30/92 de 16 de Noviembre.Ley del Regimen Jurídico de las Admi-

nistraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

**166.**-Según un estudio del Journal of the Royal Society of Medicine:historia

clínica incompleta, alta precipitada y MIR solo,son las claves de los errores médicos.Diario Médico 16-7- 2001.

**167.**- Decreto 209/2001,de garantía de plazos de Respuesta Quirúrgica en

el Sistema Sanitario Público de Andalucía. BOJA nº 114

**168.**-MINISTERIO DE EDUCACION Y CULTURA. Resolución de la Se-

cretaría de Estado de Universidades e Investigación,por la que se aprueba el programa de formación de médicos especialistas en Cirugía Oral y Maxilo-facial. BOE 25-4-96

**169.**-MINISTERIO DE EDUCACION Y CIENCIA. Resolución de la Se-

cretaría de Estado de Universidades e investigación,por la que se aprueba el programa de formación de médicos especialistas en Cirugía Oral y Maxilo-

facial. BOE 15-7-1986

**170.**-SCOTT NJ.Oral versus bucal.Revista de la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires 1994; 35: 28-31

**171.**-LANGMAN J.Embriología Médica.Interamericana: México 1969.

**172.**-COSTICH ER,WHITE RP.Fundamentos de Cirugía bucal.Interamericana: México 1974.

**173.**-CANO SÁNCHEZ J,CAMPO TRAPERO J.¿Quién realiza la cirugía oral?.Gaceta Dental 2002;141:132

**174.**-LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA BUCAL (SECIB) SE OPONE AL CAMBIO DE DENOMINACIÓN DE LA CIRUGÍA MAXILOFACIAL. Gaceta Dental 2003;140:26

**175.**-GARCIA PERLA A,VALIENTE A,G. DE LA MATA J. Evolución en el tratamiento de los traumatismos craneomaxilofaciales.Rev.Esp.de C. Oral y Maxilofacial 1981;nºextra:24-48

**176.**-TRATADOS HIPOCRÁTICOS. Tomo VIII .Biblioteca Clásica Gre-dos: Madrid 2003.

**177.**-GARCIA PERLA A.Historia de la Cirugía Maxilofacial en Andalucía.Patología Bucal y Maxilofacial 1997;1: 7-10

**178.**-GARCIA PERLA A.100 años de historia de la Odontología Sevillana.

Tesis Doctoral.Universidad de Sevilla 1974

**179.-**GARCIA PERLA A,GARCIA-PERLA A.Historia de la Cirugía Oral y Maxilofacial Española. Rayego: Badajoz 2003.

**180.-**SOLO DE ZALDIVAR S.La primera Guerra mundial,desarrollo y organización de la Cirugía Maxilofacial.Boletín de Información dental.1982; 315 :61-67,316 :53-60,317 :45-53

**181.-**Real Decreto 1133/1977 de 1 de Abril,por el que se crea la especialidad de Cirugía Oral y Maxilofacial .BOE nº126.

**182.-**Orden Ministerial de 14 de Septiembre de 1982, del Ministerio de Educación y Ciencia, por la que se determina la formación genérica y específica a desarrollar dentro del programa de formación de médicos especialistas en Cirugía Oral y Maxilofacial. BOE nº 227.

**183.-**Orden Ministerial de 9 de Julio de 1984,por la que se desarrolla el artículo 5,apartado 5 del R.D.127/84 . BOE nº 107.

**184.-** Resolución de la Dirección General de Enseñanza Universitaria,sobre el punto 8 de la O.M. de 9 de Julio de 1984. BOE nº103.

**185.-**Orden Ministerial de 27 de Junio de 1989,por la que se establecen las normas reguladoras de las pruebas selectivas para el acceso a las plazas de formación sanitaria especializada.BOE nº153.

- 186.**-Ley 10/1986,de 20 de Marzo, sobre Odontólogos y otros profesionales relacionados con la salud dental. B.O.E .nº68
- 187.**-Directiva 75/363/CEE,visant a la coordination des dispositifs legislatives,reglamentaries et administratives concernant les activites du medicine. Diario de las comunidades Europeas de 30 de Junio de 1975.
- 188.**-BERGUER A. La Cirugía Oral y Maxilofacial en España y su integración en la CEE. Rev.Iberoamericana de C.Oral y Maxilofacial.1986;2:137-145
- 189.**-Directiva 78/686/CEE, sobre reconocimiento recíproco de diplomas, certificados y otros títulos de odontólogos y sobre medidas facilitadoras del ejercicio efectivo de la profesión,el establecimiento y la libre prestación de servicios.Diario de las Comunidades Europeas de 24 de Agosto de 1978.
- 190.**-NAVARRO C.La cirugía Oral y Maxilofacial en los países del Mercado Común Europeo.Rev.Esp.de C.Oral y Maxilofacial 1990; 12:1-2
- 191.**-Directiva 89/594/CEE, por la que se modifican las Directivas75/362/CEE,75/363/CEE,77/452/CEE,78/1026/CEE,78/1027/CEE,80/154/CEE y 80/155/CEE117.-Diario de las Comunidades Europeas de 23 de Noviembre de 1989
- 192.**-Editorial: Especialidades médicas españolas reconocidas en la UE/

- EEE. Revista de la Organización Médica Colegial 1998; 54
- 193.**-Editorial: The American Board of Oral and Maxillofacial Surgery. J. Oral Maxillofacial Surg. 1998; 56: 54-56
- 194.**-VINCENT SD,ZUNT SL,BARKER BF,ELLIS GL,MELROSE RJ, TOMICH CE,VICKERS RA.Status of speciality of Oral and Maxillofacial pathology. Oral surg.oral med and oral path 1998; 86: 331-334
- 195.**-Editorial: International Guidelines for especiality training in Oral and Maxillofacial surgery. Int.J.Oral and Maxillofacial Surg. 1992;21:130-132
- 196.**-NAVARRO C,BERGUER A,MENDEZ S.Estado actual de la Cirugía Maxilofacial en el mundo. Rev. Esp. de C.Oral y Maxilofacial 1990;nºextra:21-26
- 197.**-LASKIN DM.Maintaining the unity of Oral and Maxillofacial surgery. J.Oral Maxillofacial Surg. 1989;47: 12-14
- 198.**-LASKIN DM.The M.D.degree,a panacea or a problem. J.Oral Maxillofacial Surg.1997;5 :209-213
- 199.**-LASKIN DM.Double degree members and their importance to American association of Maxillofacial Surgery. J .Oral Maxillofacial Surg.1997; 55: 911-914
- 200.**-SADA V.Importancia futura de la Cirugía maxilofacial. Rev.Iberoa-

americana de Cirugía Oral y Maxilofacial 1978; 1: 45-52

**201.**-MARTIN GRANIZO R.Manual del Residente de Cirugía Oral y Maxilofacial. SmithKline-Beecham 1997

**202.**-Según el Gobierno,el cambio de denominación de la Cirugía Maxilofacial no afectará a sus competencias y funciones.Diario Médico 19-10-01.

**203.**-BOARD EUROPEO DE CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL.A-  
sociación Europea de Cirugía Oral y Maxilofacial.Documentación sobre la  
prueba celebrada en Zurich en 1996

**204.**-GOSS AN,HELFRICK JF,SZUSTER SP,SPENCER AJ.The training  
and surgical scope of oral and maxillofacial surgeons.Int.J.Oral and Maxi-  
llofacial Surgery 1996; 23: 78-80

**205.**-KELLY JF,HELFRICK JF,SMITH DW,JONES BL.A survey of Oral  
and Maxillofacial surgery,concerning their knowledge, believes,actitudes  
and behavioures relative to parameters of case.J.Oral Maxillofacial Surg.  
1992; 50 :50-58

**206.**-MEMORIA DEL SERVICIO DE CIRUGÍA MAXILOFACIAL.Hos-  
pital Universitario “Virgen del Rocío”.Servicio Andaluz de Salud. Sevilla  
1998

**207.**-MILLER CS,HALL EH,FALACE DA,JACOBSSON J,LEDERMAN



DA,SEGELMAN AE. Need and demand for oral medicine services in 1996.Oral surg, oral med. and oral path. 1997;86 :630-634

**208.**-MOREN P.La Sociedad Española de Rehabilitación,Prótesis Maxilofacial y Anaplastología reúne a todos los profesionales que se dedican al tratamiento y rehabilitación de pacientes con lesiones en el macizo craneofacial. Diario Médico 24-5-2002.

**209.**-GUTIERREZ PEREZ JL.Memoria Funcional de la Sección de Cirugía Craneofacial.Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla 1999.

**210.**-Cirugía a favor del crecimiento.Tratamiento quirúrgico de las malformaciones craneales congénitas.El Pais 16-11-99.

**211.**-LAMATA F. Marketing Sanitario.Diaz de Santos 1994

**212.**-HUNTER MJ,RUBEIZ T,ROSE L.Recognition of the scope of Oral and Maxillofacial Surgery by the public health care professionals. J.Oral Maxillofacial Surgery 1996; 54 :1227-1233

**213.**-III PLAN ANDALUZ DE INVESTIGACIÓN. Junta de Andalucía 2000.

**214.**-GARCIA PERLA A,GUTIERREZ JL,BERMUDO L.Revisión de las complicaciones de la osteotomía sagital. Boletín del Ilustre Colegio de O-

dontólogos y Estomatólogos de la V Región 1987;2 :13-16

**215.**-TAYLOR GL,TOWNSEN P,CORLETT R.Superiority of the deep circumflex iliac vessels as the supply for free groin flaps; experimental work and clinical work.Plastic and Reconstructive Surgery 1997;64:595-599

**216.**-GUTIERREZ PEREZ JL.Repercusión de los autoinjertos oseos en el crecimiento mandibular.Tesis Doctoral.Universidad de Sevilla 1989.

**217.**-SÖDERHOLM A,HALLIKAINEN D,LINDQVIST CH.Radiologic follow-up of bone trasplants to bridge mandibular continuity defects.Oral surg,oral med and oral path 1992; 73: 253-261

**218.**-GONZALEZ PADILLA JD.Factores pronósticos del cancer oral.Tesis Doctoral.Universidad de Sevilla 1989.

**219.**-GARCIA-PERLA A. Tanis: un nuevo sistema de estadiaje del cancer oral.Tesis Doctoral.Universidad de Sevilla 2001.

**220.**-SADA V.Trastornos de la articulación temporomandibular por disfunción del aparato mandibulomaxilar.Revista de Ortopedia y Traumatología. 1969; 3: 455-472

**221.**-BERMUDO L, GUTIERREZ PEREZ JL,SALINAS V,GUTIERREZ DE QUESADA B.Estudio radioisotópico de la articulación temporomandibular en el síndrome dolor disfunción. Archivos de Odontoestomatología.

1997; 3: 187-191.

**222.**-SANDER NA.,BRAUN TH. Economic analysis and its application to Oral and Maxillofacial Surgery.J. Oral Maxillofacial Surgery 1996; 54 :622-626

**223.**-WEABER NE, GRACE MG , MAJOR PW , GLOVER K E .Orthodontic´s views of justifications for cost of orthognatic surgery:J.Oral Maxillofacial surgery 1998; 56 :288-293

**224.**-ABUBAKER A D , LYNAM GT . Changes in charges and cost associated with hospitalization of patients with mandibular fractures between 1991 and 1993.J.Oral Maxillofacial surgery 1998; 56 :161-168

**225.**-ALONSO J.El Cirujano maxilofacial ¿Hipócrates o Fidas? Rev Iberoamericana de Cirugía Oral y Maxilofacial 1981;111: 83-92

**226.**-Según Maria Jesús Ochotorena,restablecer la armonía es el fin de la cirugía reconstructiva facial.Diario Médico 1-12-1999.

**227.**-McCALLUM CA.The future of Oral and Maxillofacial Surgery.J.Oral Maxillofacial surgery 1989; 47 :610-615

**228.**-MARTINEZ LAGE JL,PIFARRÉ E,SIERRA I.Futuro de la especialidad de Cirugía Oral y Maxilofacial.Nuevas fronteras. Rev.Esp.de C.Oral y Maxilofacial 1990;nºextra :102-110

- 229.**-FERNÁNDEZ C.La distracción osea elástica puede ser útil en la gran deformidad facial.Un equipo interdisciplinar catalán desarrolla un dispositivo de níquel-titanio.Diario Médico 16-10-2000
- 230.**-JOBNS FR,STROLLO PJ,BUCKLEY M,CONSTANTINO J.The influence of craneofacial structure on the obstructive apnea in young adults. J.Oral Maxillofacial Surg. 1998; 56 : 596-603
- 231.**-SAIZ A. Bases Moleculares del Cancer Oral. Medicina Oral 2001;6: 342-345
- 232.**-I Simposio Internacional de Cirugía Reparadora de la Parálisis Facial.El trasplante del músculo dorsal ancho reanima la parálisis facial.Diario Médico 21-3-2000.
- 233.**-Salmerón indica que hay que ser cautelosos ante el primer trasplante de lengua.Diario Médico 22-7-2003.
- 234.**-SAMCHKOV ML,COPE JB,HARPER RP,ROSS JD.Biomechanical considerations of mandibular longthering and widening by gradual distraction using a computer model. J. Oral Maxillofacial Surg.1998; 56: 51-59
- 235.**-OLIVERAS JM,INFANTE P,RENDÓN J,GARCIA PERLA A.Tratamiento de la luxación del menisco temporomandibular mediante menis-

copexia y eminectomía. Patología Bucal y Maxilofacial 1997 ; 1: 26-31

**236.**-MONTES J,GARCIA PERLA A,GUTIERREZ JL,PADILLA JD,  
OLIVERAS JM.Técnica de implante de hueso mandibular criopreservado.  
Rev Esp de C.Oral y Maxilofacial.1998 ;20 :188-195

**237.**-EL COLEGIO DE ODONTÓLOGOS DE MADRID ADVIERTE A-  
CERCA DE UNA MAL LLAMADA “VACUNA DE LA CARIES”.Ga-  
ceta Dental 2001;119

**238.**-JUNTA DE ANDALUCIA. DIRECCIÓN GENERAL DE ASIS-  
TENCIA HOSPITALARIA Y ESPECIALIDADES MÉDICAS.Situación  
y futuro de la red hospitalaria de Andalucía 1984

**239.**-BERGUER A.Análisis de la situación y Plan estratégico para la Ciru-  
gía Oral y Maxilofacial.Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial  
1999

**240.**-La Cirugía Maxilofacial llega a Guadalajara. Diario Médico 7 -5  
2003.

**241.**-BUSSARD DA.Private Practice versus Academia.J.Oral Maxillofac.  
Surg 2003; 61 :827-828

**242.**-HUPP JR.An academic career in Oral and Maxillofacial Surgery:So-  
cietal impact and Financial Considerations.J.Oral Maxillofac.Surg. 2003;

61:829-833

**243.-**CACHERO C. Buscando universitarios desesperadamente: las aulas de las facultades se están quedando vacías. ABC 9-11-2003.

**244.-**Editorial:¿ATENCIÓN BUCODENTAL PÚBLICA PARA TODOS?.

Gaceta Dental 2000; 105

**245.-**GOMEZ SANTOS G.El programa de Salud Bucodental de la Comunidad Autónoma de Canarias.Gaceta Dental 2000; 109

**246.-**Decreto 281/2001 por el que se aprueba la Prestación Dental a la población de entre 6 y 15 años en la Comunidad Autónoma de Andalucía.

Y Orden de 19 de Marzo de 2002,por que se desarrolla el Decreto 281/2001.

**247.-**GARCIA PERLA A.El papel del Odontostomatólogo de EBAP y su relación con los servicios hospitalarios.Libro de actas de las I Jornadas de Salud Oral en Atención Primaria. Córdoba 1994.

**248.-**GARCIA PERLA A. El papel del no especialista en la asistencia en Cirugía Oral y Maxilofacial. Avances en Cirugía Oral y Maxilofacial II. SmithKline-Beecham : Madrid 1996.

**249.-**MENA R,FELIU P,BARBUDO R,FERNANDEZ R,ITURRATE C.

El servicio de Urgencias de Traumatología en un Hospital General Regio-

nal. Anales de Medicina de Sevilla 1997; 7 :30-34

**250.**-VALENCIA E,BUSTOS V,OTS R.Estudio pormenorizado de la casuística del Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Universitario “Virgen de las Nieves” de Granada, entre 1977 y 1980. Actualidad médica de Granada 1983; 69 : 201-206

**251.**-SERVICIO ANDALUZ DE SALUD.ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN ATENCION ESPECIALIZADA EN 1996. Sevilla 1998.

**252.**-MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO,INSALUD.La gestión del Proceso Asistencial: impacto en los Sistemas de Información médica. Madrid 1998.

**253.**- BROOK RH,McGLYNN EA,CLEARY PD. Measuring quality of care. The New England Journal of Medicine 1996 ; 335 :966-970.

**254.**-SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS.Conjunto mínimo de indicadores de calidad. Diario Médico 9-4-1999

**255.**-JUNTA DE ANDALUCIA. Manual de Indicadores de Actividad y Calidad para Urgencias y Emergencias Sanitarias. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias. Sevilla

2000.

**256.**-GARCIA-PERLA A. Retornos al Servicio de Urgencias: un indicador de calidad asistencial. *Todo Hospital* 2000;166:277-282

**257.**-SATURNO PJ.Characteristics of the clinical indicators. *QRB* 1989; 14: 330-339.

**258.**-CASAS M.Gestión Clínica.En:Cuervo J.L Gestión de Hospitales. *Vicens Vives* :Madrid 1994.

**259.**-Real Decreto 605/2003, de 23 de Mayo,por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el sistema nacional de Salud. *BOE* nº 134

**260.**-HERRERA CARRANZA M,RODRIGUEZ CARVAJAL M,MORA LOPEZ D,DOBLAS CLAROS A,PINO MOYA E,QUINTERO M.Guía para instaurar un plan de calidad en un servicio hospitalario. *Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias del Hospital J.R. Jimenez. SAS* 1997.

**261.**-HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. Programa de Garantía de Calidad. *Servicio Andaluz de Salud* 1995.

**262.**-BALLESTER J.Gestión de la calidad en el hospital. *Todo Hospital* 1987; 38: 43-46

**263.**-PEREZ P,DELGADO R,MOREU F,AGUADO H,PORTA M.La po-



lítica de qualitat de la ciutat nsanitaria de Bellvitge.Salut Catalunya.1991;  
5 :129-134

**264.**-ARCELAY A,HERNANDEZ L,BERNAL RS,BACIGALUPE MT,  
ORVE-ETXE BARRIA B.El plan integral de calidad de los centros hospi-  
tarios del Osakidetza.Osasunkaria 1993; 5: 9-14

**265.**-PLAN DE CALIDAD TOTAL DEL INSALUD.Instituto Nacional  
de la Salud.Madrid 1999.

**266.**-SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA.PLAN DE  
CALIDAD. Nuevas estrategias para la sanidad andaluza.Consejería de  
Salud.Junta de Andalucía 2000.

**267.**-DELGADO R, SUÑOL R. Los programas de calidad a nivel de los  
servicios.Todo Hospital 1991; 80 ,25-29

**268.**-LITUAN H,SEGOVIANO PF,BURGUES J,NET A,VILLAR JM.El  
control de calidad en los servicios clínicos. Control de Calidad Asistencial.  
1990; 5 :38-43

**269.**-DAVIES PF,LAMB WT,ADLAM DM,OGG TW,MITCHELL AD,  
GALLOWAY DB.Audit of day case in Maxillofacial Surgery,a pilot a-  
ssesment.Ambulatory surgery 1993; 1: 179-182

**270.**-UNIVERSITY HOSPITAL CONSORTIUM. Compendium of Clini-

cal Indicators 1990

- 271.**-PINEAULT R,DAVELUY R. La planificación sanitaria. Conceptos, métodos y estrategias. SG Editores.Barcelona 1989
- 272.**-ARTELLS JJ.Aplicación del análisis coste-beneficio en la planificación de los servicios sanitarios.Masson : Barcelona 1989
- 273.**-HAZELKORN HM,MACEK MD. Perception of the need for removal of impacted thirds molars by general dentists and oral and maxillofacial surgeons.J.Oral Maxillofacial Surg. 1994; 52: 681-687
- 274.**-MENEU R.Gestión de la utilización.En: elementos para una agenda en política y gestión sanitaria.Asociación Española de Economía de la Salud. Valencia 1996.
- 275.**-Decreto 127/2003 ,de 13 de Mayo,sobre el ejercicio del derecho a la segunda opinión médica en Andalucía. BOJA nº 102.
- 276.**-MARIN F.La demanda de asistencia odontoestomatológica en un centro de urgencias extrahospitalario.Gaceta Dental 1997; 78: 50-54
- 277.**-GARCIA PERLA A. Demanda de asistencia en Cirugía Oral y Maxilofacial.Avances en Cirugía Oral y Maxilofacial II. SmithKline-Beecham: Madrid 1996
- 278.**-Informe del Defensor del Pueblo sobre la Atención Sociosanitaria en

España: Perspectiva gerontológica y otros aspectos. Librería del BOE 2000.

**279.**-El Defensor del Pueblo Andaluz denuncia esperas de hasta año y medio en Torrecárdenas. Diario El Mundo 25-2-2003

**280.**-Las listas de espera ,centro de las quejas al Defensor del Pueblo, según el informe presentado por Enrique Múgica en el Congreso. Gaceta Médica 2003; 25

**281.**-Report of the Government Committee on Choices in Health Care. The Netherlands ministry of welfare, health and cultural affairs 1992.

**282.**-GARCIA PERLA A, GARCIA-PERLA A. Plan para atender la lista de espera en Cirugía Oral y Maxilofacial. Todo Hospital 1998; 151: 665-667

**283.**-GARCIA PERLA A, GUTIERREZ JL, OLIVERAS JM, INFANTE P. Gestión de la Hospitalización en Cirugía Maxilofacial. Todo Hospital 1994; 108 :21-24.

**284.**-ASENJO MA. Las claves de la gestión hospitalaria. Gestión 2000. Barcelona 1999

**285.**-MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. Guía de Organización y Funcionamiento de la Cirugía Mayor Ambulatoria. Madrid 1992.

- 286.**-La Cirugía Mayor Ambulatoria se consolida como nueva alternativa de calidad y confort.Boletín de Comunicación de los Hospitales Universitarios Virgen del Rocío.nº 4.Feb-Mayo 2002
- 287.**-JUNQUERA LM,LOPEZ ARRANZ JS,DE VICENTE JC,CALVO N,ALBERTOS JM.Cirugía Maxilofacial Ambulatoria. Rev Esp de C.O-ral y Maxilofacial 1994;16 :174-178
- 288.**-RODRIGUEZ ARMIJO A,ROMERO MJ,GALLARDO PA,INFANTE P,GARCIA PERLA A.Cirugía Oral y Maxilofacial Ambulatoria.Presentación de un programa piloto en el Area del Hospital Universitario de Valme en Sevilla.Archivos de Odontoestomatología Preventiva y Comunitaria.1994; 10: 641-645
- 289.**-GARCIA PERLA A,GARCIA-PERLA A. Presión en la asistencia pública de la cirugía del tercer molar.En El tercer molar incluido.Romero M.M.,Gutierrez Perez J.L.GlaxoSmithKline: Madrid 2001
- 290.**-CONTRATO-PROGRAMA S.A.S.-HOSPITALES 2000.www. sas. junta-andalucía.es/planestrategico/programa\_hospitales
- 291.**-SERVICIO ANDALUZ DE SALUD.DIRECCIÓN GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA.Indicaciones acordadas con las Sociedades Científicas para los Procedimientos más frecuentes incluidos en el Decre-

to de Garantía de Plazo de Respuesta Quirúrgica en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (D 209/2001). Sevilla 2002

**292.**-GARCIA PERLA A. Sobrecarga de los Servicios de Cirugía Maxilofacial: no faltan camas, sino horas de quirófano. Previsión Sanitaria Nacional 1994; 2: 88-93

**293.**-El plan de Intervención intensiva en consultas mantendrá la demora inferior a 60 días. Boletín de Comunicación de los Hospitales Universitarios "Virgen del Rocío" 2003; 7

**294.**-BERGUER A. Técnicas diagnósticas y terapéuticas en Cirugía Oral y Maxilofacial. Folleto divulgativo de la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial 1996

**295.**-INFANTE P, G<sup>a</sup>CANTON JA, HERNANDEZ JM, GARCIA PERLA A, GUTIERREZ JL. Citología por punción aspirativa con aguja fina en tumoraciones de cabeza y cuello. Archivos de Odonto-Estomatología 1993; 9 :11-16

**296.**-Más de 23.900 pacientes han sido intervenidos en Andalucía por los Equipos Móviles Quirúrgicos desde su creación en 2001. El Médico 2003; 968

**297.**-Tres personas pierden la visión de un ojo y otras treinta sufren proble-

- mas tras noventa y siete operaciones en serie en Jerez.ABC 25-11-2003
- 298.**-MURILLO CABEZAS F,HERRERA CARRANZA M,PINO MOYA E,MUÑOZ SANCHEZ MA.Ocho años del modelo andaluz de medicina crítica.Medicina Intensiva 2003; 27 : 240-248
- 299.**-GARCIA-PERLA A, GARCIA-PERLA A. Urgencias en Cirugía Maxilofacial. Medicina Integral 1999;7:19-28
- 300.**-GARCIA-PERLA A,GARCÍA-PERLA A. Actuación de urgencias ante el traumatismo facial.Emergencias 2003; 15: 221-230
- 301.**-GARCIA PERLA A.Nuevos conceptos en urgencias en Cirugía Oral y Maxilofacial.Avances en Cirugía Oral y Maxilofacial.SmithKline-Beecham.Madrid 1999
- 302.**-DONADO M.Urgencias Odontoestomatológicas, una visión general del problema.Gaceta dental 1991;1:28-29
- 303.**-MARIN F. La demanda de asistencia odontoestomatológica en un centro de urgencias extrahospitalarias.Gaceta Dental 1997; 78 :50-54
- 304.**-SANCHEZ G, GUTIERREZ R,GARCIA A,CASTILLO R. Urgencias en Cirugía Maxilofacial.Estudio clínico-epidemiológico de los traumatismos faciales. Rev.Esp. de C.Oral y Maxilofacial 1996; 18: 3-19
- 305.**-Entrevista a Francisco Vallejo: ni las autovías se diseñan para el 31

de agosto, ni las urgencias para una ola de calor. ABC 17-8-2003

**306.**-CONSEJERÍA DE SALUD. Plan Andaluz de Salud .Junta de Andalucía 1993

**307.**-CONSEJERÍA DE SALUD. II Plan Andaluz de Salud. Junta de Andalucía 1999

**308.**-CONSEJERÍA DE SALUD. III PLAN ANDALUZ DE SALUD. Junta de Andalucía 2003.

**309.**- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health for all in the Twenty-first Century. Report of the 51 World Health Assembly. Geneve 1998.

**310.**-PLAN ESTRATÉGICO DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD. Una propuesta de gestión pública diferenciada. Consejería de Salud. Sevilla 1999.

**311.**-GARCIA PERLA A. Situación actual de la Cirugía Oral y Maxilofacial. Avances en Cirugía Oral y Maxilofacial. SmithKline-Beecham. Madrid 1992

**312.**-GARCIA PERLA A. Estado actual de la asistencia en Cirugía Oral en Andalucía, bases para una planificación. Tribuna Médica-Tiempos Médicos 1998; 3: 5-6

**313.**-GARCIA PERLA A, GARCIA-PERLA A, INFANTE P, ESPIN F.

Protocolo de infraestructura y plantilla para un servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, estudio sobre un modelo. Todo Hospital 1996;131: 37-40

**314.**-La Cirugía Maxilofacial llega a Almería. Diario Médico 6-9-2002.

**315.**-El Princesa de España en Jaen amplía sus servicios.El Contrato Programa para el 2002 incluye un servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial.

[www.simeg.org/ecos/abril\\_01/0478.htm](http://www.simeg.org/ecos/abril_01/0478.htm)

**316.**-MARION J,GARCIA J,OTERO J.Duración de la estancia como factor de riesgo para la readmisión hospitalaria.Todo Hospital 1996; 131: 45-49

**317.**-NIETO CERVERA J. Propuesta de un modelo de planificación en asistencia sanitaria, su aplicación en la provincia de Sevilla. Tesis doctoral.Universidad de Sevilla 1991

**318.**-ACERO J.Desarrollo y planificación de las unidades asistenciales y docentes en Cirugía Maxilofacial.Serie monográfica de Especialidades Médicas.Organización Médica Colegial 1990; 11

**319.**-WALDMAN HB.Changing distribution of Oral and Maxillofacial surgeons.J Oral Maxillofacial Surg 1993; 51: 1380-1384

**320.**-AHICART C.La planificación de los hospitales públicos en las gran-



des ciudades. Gestión sanitaria 1990; 15: 1-3

