

2.2 Planificación de las necesidades

Para planificar es necesario conocer la legislación y las necesidades sanitarias de la zona. En éste sentido, el Hospital General Universitario de Alicante está catalogado como un hospital de Alta Tecnología, y, según la clasificación de la Consellería de Sanidad y Consumo de la Comunidad Valenciana, como de categoría b) u Hospital con Servicios o Unidades de Referencia de Distritos, que presta asistencia especializada a más de un distrito sanitario de la provincia de Alicante; que dispone de todas las especialidades, tanto en hospitalización como en consultas externas y en urgencias, y que incluye: Transplante Renal; Cirugías Cardíaca, Plástica, Maxilofacial y Neurocirugía, siendo Unidades de Referencia para toda la Provincia de Alicante.

El proceso de gestión se compone de cuatro partes fundamentales:

Planificar

Organizar

Dirigir

Controlar

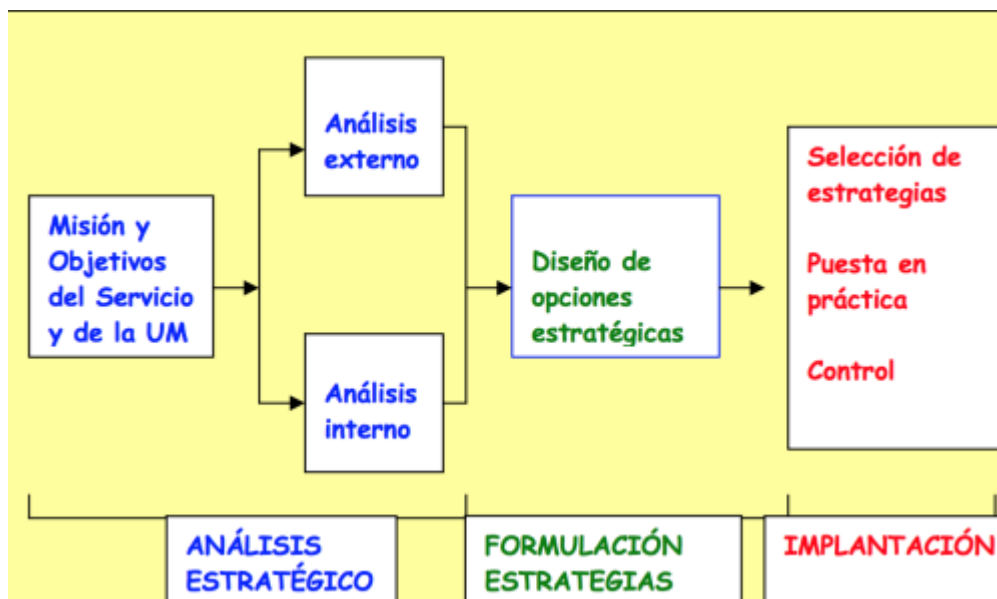
La planificación es fundamental en el proceso de gestión, proporcionando el eje fundamental de lo que será el plan funcional de la sección de Hidrocefalias y trastornos de la dinámica del líquido cefalorraquídeo dentro del servicio de Neurocirugía.

Por planificar se entiende la previsión anticipada de un acontecimiento. La planificación de la asistencia sanitaria es un problema de relación entre la oferta y la demanda.

La planificación de la asistencia a los clientes potenciales de la sección y del servicio debe partir de un análisis estratégico sistematizado. Es el proceso mediante el cual es posible determinar el conjunto de amenazas y oportunidades que el entorno presenta al servicio (análisis externo), así como el conjunto de fortalezas y debilidades del servicio (análisis interno) que nos permita hacer un diagnóstico y evaluación de la situación y la correspondiente formulación de una estrategia una vez definidos los fines o misiones, objetivos y metas del servicio dentro del sistema.

Por último habrá que seleccionar una/s estrategia/s y ponerla en práctica con un sistema de control.

Podemos considerar que este proceso global de la dirección estratégica está formado por tres grandes partes



2.2.1 Definición de la misión, visión y valores

Por misión se entiende la finalidad o razón de ser de la organización, el propósito que justifica su existencia continuada. Para centrar el tema es preciso dar respuesta a las siguientes cuestiones:

¿Qué necesidades se cubren?

El servicio de Neurocirugía posee una amplia cartera de servicios y está comprometido con su permanente actualización adaptándose a las necesidades de la comunidad. De forma resumida el campo de actuación de la neurocirugía comprende las enfermedades quirúrgicas o potencialmente quirúrgicas del sistema nervioso central, periférico y autónomo, incluyendo sus cubiertas, vascularización y anejos como la hipófisis.

La especialidad de neurocirugía, en virtud del sector anatomopatológico que estudia, sistema nervioso central y periférico, diríamos que abarca un campo muy delimitado dentro de la economía humana. Pero nada más lejos de la realidad, en cuanto que interfiere y se relaciona con otros sistemas del organismo, que condicionan a la postre, un gran número de interrelaciones con otras especialidades.

Su campo de acción abarca el sistema nervioso central, en sus tres componentes:

neuroglial, vascular y L.C.R., así como el sistema nervioso periférico. Teniendo en cuenta que está envuelto en estuches semirígidos como son el cráneo y la columna. El neurocirujano diagnostica y trata quirúrgicamente la mayoría de los procesos patológicos de este sistema.

La población asistida por la Unidad de Neurocirugía del Hospital General Universitario de Alicante, como hospital de referencia puede hacerse cargo de una población de hasta 1.000.000 habitantes, independientemente de la población flotante, que como dijimos, representa aproximadamente hasta 2.000.000 de turistas por año. Los cálculos, en cuanto a la incidencia potencial de patología, se harán en base a esta población censada.

Englobando todo el campo de acción y de una forma funcional, podemos clasificar la patología

neuroquirúrgica en:

Patología tumoral

Patología neurotraumatológica

Patología vascular

Patología raquimedular

Malformaciones cráneo cerebrales y raquimedulares

Patología funcional.

La Sociedad Española de Neurocirugía en el año 2003 enfatizó que la cobertura poblacional de la mayoría de los servicios de neurocirugía de nuestro país es asistencial (250.000-500.000) frente a un menor número de alta complejidad (1.000.000).

En este escenario se consensuó que deberíamos buscar distintos tipos de sinergias entre hospitales principalmente atendiendo a criterios de proximidad geográfica, y permitiendo colaboraciones entre distintas instituciones hospitalarias independientemente de tipo de gestión o provincia de referencia.

Esta colaboración debe ser el instrumento clave para de reducir los tiempos de prestación, mejorar su calidad y buscar alternativas de gestión que permita una mayor colaboración entre servicios en beneficio del paciente Informe SENECA sobre Reordenación de Servicios de Neurocirugía (2013) ¹⁾

Dentro del servicio la sección de Hidrocefalias y trastornos de la dinámica del líquido cefalorraquídeo, se ocuparía específicamente de aquellos procesos que requieren el tratamiento de las hidrocefalias.

Estas técnicas se aplican de urgencia para implantar, reimplantar o revisar los sistemas de derivación ventricular. O bien en cirugía programada para el diagnóstico y la restauración adecuada de la dinámica del líquido cefalorraquídeo

- ¿A quién? Ya hemos definido el ámbito geográfico y nuestra población de referencia.

Son todas las personas que habitan o viajan por Alicante.

¿Cómo se cubren dichas necesidades? El servicio de Neurocirugía del HGUA aspira a la excelencia en sus actuaciones frente al paciente. En nuestra cartera de servicios se incluyen todas las técnicas de neurocirugía.

La “visión” se define como la declaración que describe el tipo de organización en que aspira a convertirse. En este aspecto, en el corto a medio plazo vislumbramos la formación de una unidad interdisciplinar de hidrocefalias y trastornos de la dinámica del líquido cefalorraquídeo que se coordinará de forma precisa con muchas especialidades del hospital para tratar procesos de manera integral.

También un aumento de la coordinación con atención primaria y otros hospitales de la provincia de Alicante, así como una unificación funcional y organizativa de los servicios. Se exigirá una mejor definición de la cartera de servicios como hospital de área, de referencia en la Comunidad y Territorio Nacional.

En el área de gestión y organización se avanzará en la descentralización en la toma de decisiones, desarrollando un modelo de carrera profesional y mejora de la formación continuada.

Se aspirará al fomento de la medicina basada en la evidencia, la investigación y la formación docente pre y postgrado.

Se buscará la satisfacción del paciente proporcionándole valor añadido de salud. Así mismo se incidirá en la satisfacción de las personas que integran el servicio y su identificación con la misión.

Los “valores” son los conocimientos y expectativas que describen como se comportan las personas de la organización. Asumimos como propios los siguientes:

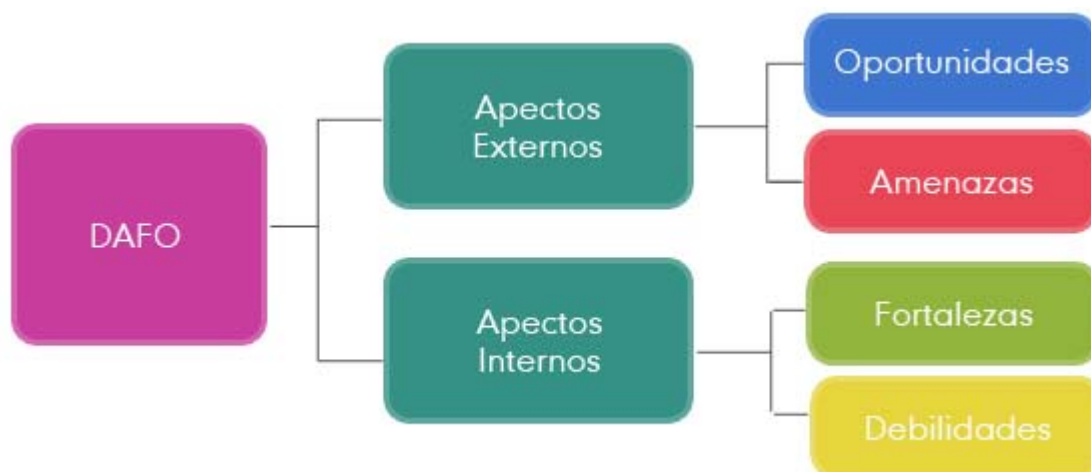
- El compromiso con los pacientes es nuestra razón de ser.
- Liderazgo y trabajo en equipo y un compromiso colectivo con la excelencia.
- La eficiencia en la utilización de los recursos presidirá nuestro trabajo.
- Identificarnos con los objetivos de nuestra organización.
- La formación y voluntad de progreso y la innovación en el desarrollo de nuevos servicios serán nuestra arma más competitiva.

2.2.2 Análisis estratégico-Matriz DAFO

La matriz DAFO es una forma de presentar el análisis estratégico externo e interno. La expresión DAFO es el acrónimo de las palabras Debilidades-Amenazas-Fortalezas-Oportunidades.

Es preciso realizar un análisis del Entorno o análisis Externo detectando cuales son las Amenazas y Oportunidades que existen, a fin de poder anticiparse o reaccionar a las primeras y aprovechar las segundas.

Es preciso, asimismo, realizar un diagnóstico interno de nuestra Empresa (Hospital, Servicio), detectando los Puntos Fuertes y las Debilidades o aspectos a mejorar.



DEBILIDADES

Demora quirúrgica y consultas

Baja resolución y dilatación del proceso asistencial

Eficiencia organizativa: procesos y métodos

AMENAZAS

Contención del gasto sanitario

Envejecimiento de la población

Aumento imparable de la demanda

FORTALEZAS

Nivel de formación

Cartera de servicios, dotación

Servicio de referencia

OPORTUNIDADES

Nuevas formas de gestión

Nuevas tecnologías

Coordinación servicios: Guías clínicas, equipos interdisciplinarios.

Podemos actuar sobre nuestra situación interna, pero difícilmente podremos influenciar en nuestro entorno modificando las amenazas y las oportunidades. Cualquiera que sea el resultado de la matriz de impacto, el programa de objetivos deberá perseguir las siguientes metas básicas:

- Corregir puntos débiles
- Mantener puntos fuertes
- Afrontar las amenazas
- Explotar las oportunidades

2.2.2.1 Análisis externo

Área de influencia y caracterización socio-demográfica

El Servicio presta atención especializada de forma potencial a la mayoría de la población alicantina.

Es una población envejecida. Con un teórico aumento del consumo de recursos y patología específica: aumento de la incidencia y gravedad de las enfermedades degenerativas que pueden precisar de técnicas de diagnóstico precoz para el tratamiento de las demencias provocadas por hidrocefalias crónicas, en las cuales el tratamiento adecuado pueden ser una solución efectiva y eficiente a largo plazo.

En los ancianos se ha demostrado que la edad no aumenta, por si misma, la tasa de fracasos o complicaciones, influyendo sólo, de forma estadísticamente significativa, el status ASA (American Society of Anesthesiologists) en los grados III y IV.

Análisis de la demanda asistencial

La puerta de entrada más habitual al servicio de Neurocirugía es la derivación desde Urgencias y Hospitales del área, lo cual no es lo más frecuente en el caso de los pacientes que precisen tratamiento por patología del líquido cefalorraquídeo.

Además estas derivaciones tienen disfunciones mejorables: - Deficiente información clínica en el documento de derivación. Correspondida de igual modo en sentido inverso en muchos casos.

- Dispersión de la patología por desconocimiento, desde A. P., de nuestra cartera de servicios.
- Demoras inaceptables, lo que se traduce al uso de otros dispositivos de acceso (urgencias...) y a incomparecencias no comunicadas de primeras visitas.

La puerta de entrada habitual para la sección de Hidrocefalias y trastornos de la dinámica del líquido cefalorraquídeo es el Servicio de Neurología de los Hospitales.

Mercado sanitario y comportamiento de los clientes

A pesar de los grandes esfuerzos inversores y de ampliación de servicios, el notable incremento de la cobertura sanitaria pública, que en la actualidad es casi universal, y la “gratuidad” de la satisfacción de una demanda de crecimiento expansivo han originado la aparición de colas o “listas de espera” en todos los sistemas sanitarios que adoptaron ese modelo. La atención primaria a demanda sobrecarga no sólo los consultorios y centros de salud sino también los servicios de urgencias y las consultas de los especialistas, convirtiendo las demoras en un tema de debate social y político de primer orden.

Como consecuencia de esta presunta insuficiencia de los dispositivos asistenciales públicos han proliferado en el sector privado ofertas de coberturas sanitarias (mutuas, compañías, clínicas) que se esfuerzan en “vender” una atención esmerada, personalizada y sin esperas. Pero la realidad es que el sistema público continúa siendo el destino de la patología más grave, urgente y costosa de la población, el núcleo duro de la atención sanitaria en cualquiera de sus niveles y ámbitos, y ello es mucho más verdad en el caso de la patología de la dinámica del líquido cefalorraquídeo.

Análisis de la competencia

En el marco de la sanidad pública se realiza en todos los hospitales con servicio de neurocirugía del área correspondiente.

En el ámbito de la sanidad privada:

Las compañías de seguros derivan, este tipo de pacientes a los especialistas de neurocirugía.

De todas formas está claro que los pacientes prefieren al HGUA, pues la atención sanitaria es excelente y el seguimiento es más preciso en la mayoría de los casos.

Evolución de la tecnología y desarrollo de la especialidad

En los últimos veinte años hemos asistido a un vertiginoso progreso tecnológico en nuestra especialidad. Las innovaciones más importantes han sido las siguientes: 1. Diagnósticas: Técnicas de imagen (TAC helicoidal, angioTAC, angioRNM, Cine RM).

2. Quirúrgicas: Técnicas mínimamente invasivas como la neuroendoscopia. Sistemas de derivaciones

del líquido cefalorraquídeo con válvulas programables. Catéteres impregnados de antibióticos

3. Farmacológicas: Nuevos antiagregantes, analgesia en el postoperatorio, antibióticos de nueva generación en la infección crónica.

Esto obliga al Servicio de Neurocirugía a hacer un esfuerzo permanente en dos direcciones:

Formación, para actualizar conocimientos y adiestramiento en las nuevas técnicas.

Correcta utilización de los recursos. Racionalizar la toma de decisiones a la hora de usar recursos más sofisticados y caros, a la luz de la mejor evidencia científica en cada momento.

Mecanismo de financiación

Hasta el momento la actual financiación del Servicio de Neurocirugía, al igual que los demás servicios de los hospitales públicos, se ha llevado a cabo de manera centralizada, a través de los Capítulos I (personal) y II (compra de bienes y servicios) del presupuesto del hospital.

La puesta en marcha de un amplio programa de Gestión Clínica a través de Unidades y Áreas multidisciplinares (Unidad de Hidrocefalias y trastornos de la dinámica del líquido cefalorraquídeo), permitiría cambiar esta histórica situación por otra en la que, a través de pacto de gestión, los equipos de atención especializada dispongan de su propio presupuesto, gestionando con mayor flexibilidad y adaptación a las necesidades.

Marco político y Administrativo

La Comunidad autónoma de Valencia disfruta de la plena transferencia de las competencias sanitarias, lo que significa que es el Gobierno regional, a través de la Consellería de Sanidad, quien establece las estrategias, planes y prioridades en esta materia (ver marco normativo en punto 1.1).

2.2.2.2 Análisis interno

Valores y cultura de la Institución

Desde la jerarquización de las “instituciones cerradas” de la Seguridad Social a mediados de los 70, y prácticamente hasta la fecha, los servicios clínicos hospitalarios han estado formados por médicos especialistas estatutarios vitalicios organizados jerárquicamente en tres categorías: Jefes de Servicio, Jefes de Sección y Médicos Adjuntos (posteriormente Facultativos Especialistas de Área) dirigidos más, por una cultura de mando, que de liderazgo estimulador de desarrollos individuales.

Este modo de organizarse dio frutos notables: creación de equipos de trabajo cohesionados y con fuerte conciencia de grupo, pero tiene aspectos negativos como la ausencia de desarrollo profesional y alejamiento en la toma de decisiones.

Pensamos que la jefatura de sección con orientación de Unidad de Hidrocefalias y trastornos de la dinámica del líquido cefalorraquídeo daría un incremento importante en la actividad del Servicio globalmente considerado, no sólo en el ámbito asistencial, con una actividad centrada en el enfermo, también en los aspectos docentes e investigador.

Estructura del Servicio

El Servicio consta actualmente de 1 Jefe de Servicio, 1 Jefe de Sección, 9 FEAs, y 3 MIR. En los

próximos 2 años 5 MIR.

La única subespecialidad desarrollada clásicamente en el Servicio ha sido la de Hidrocefalias y trastornos de la dinámica del líquido cefalorraquídeo en todas sus vertientes, pero sin ningún reconocimiento oficial por parte de la Institución hasta la fecha.

Cartera de Servicios y Procedimientos

Nuestra amplia Cartera de Servicios es una de nuestras fortalezas. Por Cartera de Servicios entendemos el catálogo de actividades, servicios y prestaciones, reales y potenciales de un centro asistencial, encuadrados dentro de su entorno social y demográfico, que permite realizar una cobertura de las necesidades asistenciales tanto generales como específicas o diferenciales con el resto de los centros.

Va a resultar de utilidad tanto al usuario (cliente externo) como a los profesionales de la unidad o centro (cliente interno).

Hasta ahora, al sistema sanitario español le ha faltado una definición explícita de las prestaciones cubierta. Esta situación ha supuesto que los servicios incorporen técnicas procedimientos sin ninguna regulación expresa de los responsables de la ordenación de la asistencia sanitaria, es decir, a tener en cuenta el coste-efectividad como exige la ley de cohesión y calidad del SNS.

El 16 de septiembre de 2006 se publicó en BOE el Real Decreto por el que se establece la Cartera de Servicios Básicos Comunes de SNS. En él se definen de forma pormenorizada los criterios y requisitos para su inclusión en la misma, así como los argumentos para su baja. También se define el procedimiento de actualización de la Cartera de Servicios en la que se da especial relevancia a las Agencias de Evaluación de Tecnologías (AETS), para cada procedimientos por parte de la Agencia del Instituto de Salud Carlos III (vide supra).

Las Comunidades Autónomas podrán incorporar en su Cartera de Servicios una técnica, tecnología o procedimiento no contemplada en la Cartera de Servicios Básica Común, para lo cual deberá disponer de los recursos adicionales necesarios ya que no estarán incluidos en la financiación general de las prestaciones del SNS. El Consejo Interterritorial conocerá, debatirá y emitirá recomendaciones sobre las prestaciones complementarias de las distintas Comunidades Autónomas de acuerdo con lo previsto en la ley de cohesión y calidad del SNS. El objetivo del Pacto por la Sanidad es garantizar a los ciudadanos una asistencia sanitaria de calidad y equitativa. Esto quiere decir que antes de que en una Comunidad (en el marco de sus competencias) se decida incorporar una prestación nueva, el Consejo Interterritorial valorará su eventual incorporación en el catálogo común del SNS.

En cuanto a Centros, Servicios y Unidades de Referencia (CSUR) del SNS, la normativa diferencia entre Centro de Referencia (Centro sanitario que se dedica a la atención de determinadas patologías con características establecidas en el RD 1302/2006) y Servicio o Unidad de Referencia (Unidad o Servicio de un centro sanitario que se dedica a la realización de una técnica, tecnología o procedimiento de patologías que cumplan las características establecidas en el RD 1302/2006).

La Cartera de Servicios de Neurocirugía incluye descripción de sus recursos asistenciales (área de hospitalización: camas, quirófanos, UCMA, consultas) así como los procedimientos o tratamientos que realiza.

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS:

1. Neurocirugía oncológica, cirugía de los tumores cerebrales:

- Hemisféricos cerebrales.
- Glándula pineal.
- Petro-clivales, fosa posterior, ángulo ponto-cerebeloso.
- Glomus.
- Hipófisis.
- Biopsia estereotáctica o por navegación.

Medios disponibles:

- Neuronavegación.
- Mapeo funcional.
- Monitorización neurofisiológica intraoperatoria.
- Endoscopia de hipófisis y de base de cráneo.
- Ultrasonografía intraoperatoria.

2. Neurocirugía vascular:

- Hematomas cerebrales.
- Aneurismas.
- Cavernomas.
- Malformaciones y fístulas arteriovenosas.
- Craniectomía descompresiva en el infarto maligno de la arteria cerebral.

Medios disponibles:

- Doppler intraoperatorio
- Técnicas quirúrgicas endovasculares (*).

3. Traumatismos craneoencefálicos:

- Hematoma epidural, subdural, intracerebral.
- Fracturas y fracturas hundimientos.
- Craniectomía descompresiva.
- Neuromonitorización invasiva:

PIC, presión tisular de O₂, temperatura, Microdiálisis cerebral.

4. Neurocirugía funcional:

- Parkinson y movimientos anormales.
- Cirugía de la epilepsia.
- Cirugía de áreas elocuentes “paciente despierto”.
- Dolor.
- Espasticidad.

5. Neurocirugía pediátrica:

- Tumores pediátricos del sistema nervioso.
- Craneofaringiomas.
- Tumores hemisféricos.
- Tumores intraventriculares.
- Tumores cerebelo-IVº ventrículo.
- Patología de la malformación craneofacial y espinal.

6. Patología del LCR:

- Hidrocefalia neonatal y del prematuro.
- Hidrocefalia crónica del adulto.
- Pseudotumor cerebral.

Medios disponibles:

- Registro continuo de la presión intracraneal.
- Neuroendoscopia.

7. Patología Medular: • Tumor: intramedular, extramedular, extradural.

- Cirugía vascular: M.A.V, hematomas.
- Procesos infecciosos.
- Siringomielia adquirida.
- Malformaciones de Chiari.

8. Cirugía de la columna vertebral en patología degenerativa, traumática, tumoral e infecciosa.

a) Columna cervical: • Tracción transcraneal.

- Colocación de ortesis “halo jacket”.

- Charnelo occipito cervical. Fracturas de odontoides.
- Prótesis discales.
- Corporectomía y artrodesis anterior.
- Fijación posterior.
- Neuronavegación.

b) Columna dorsal: • Abordajes combinados con Cirugía Torácica.

- Artrodesis posterior.

c) Columna lumbar: • Cirugía mínimamente invasiva.

- Discectomía endoscópica.
- Fijación posterior.
- Neuronavegación
- Monitorización neurofisiológica.

9. Cirugía nervio Periférico.

1)

www.senec.es

From:

<https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/> - **Neurocirugía Contemporánea ISSN 1988-2661**

Permanent link:

https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/doku.php?id=planificacion_de_las_necesidades

Last update: **2025/05/03 23:56**

