

FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ



# TRABAJO FIN DE MÁSTER

## MEMORIA DE GESTIÓN DE LA UNIDAD DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CASTELLÓN

**Alumna:** Ortolá Fortes, Paula

**Tutor:** Ortiz Gorraiz, Manuel Ángel

**Master Universitario en Gestión Sanitaria**

**Curso 2022-2023**



## ANEXO COIR:



**INFORME DE EVALUACIÓN DE INVESTIGACIÓN RESPONSABLE DE 2. TFM (Trabajo Fin de Máster)**

Elche, a 12/05/2023

Nombre del tutor/a	Manuel Ángel Ortiz Gorraiz
Nombre del alumno/a	Paula Ortolá Fortes
Tipo de actividad	Sin implicaciones ético-legales
Título del 2. TFM (Trabajo Fin de Máster)	MEMORIA DE GESTIÓN DE LA UNIDAD DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CASTELLÓN
Evaluación Riesgos Laborales	No procede
Evaluación Ética	No procede
Registro provisional	230511054302
Código de Investigación Responsable	TFM.MGS.MAOG.POF.230511
Caducidad	2 años

Se considera que el presente proyecto carece de riesgos laborales significativos para las personas que participan en el mismo, ya sean de la UMH o de otras organizaciones.

La necesidad de evaluación ética del trabajo titulado: **MEMORIA DE GESTIÓN DE LA UNIDAD DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CASTELLÓN** ha sido realizada en base a la información aportada en el formulario online: "TFG/TFM: Solicitud Código de Investigación Responsable (COIR)", habiéndose determinado que no requiere ninguna evaluación adicional. Es importante destacar que si la información aportada en dicho formulario no es correcta este informe no tiene validez.

Por todo lo anterior, se autoriza la realización de la presente actividad.

Atentamente,

Alberto Pastor Campos  
Secretario del CEII  
Vicerrectorado de Investigación

Domingo L. Orozco Beltrán  
Presidente del CEII  
Vicerrectorado de Investigación

**Información adicional:**

- En caso de que la presente actividad se desarrolle total o parcialmente en otras instituciones es responsabilidad del investigador principal solicitar cuantas autorizaciones sean pertinentes, de manera que se garantice, al menos, que los responsables de las mismas están informados.
- Le recordamos que durante la realización de este trabajo debe cumplir con las exigencias en materia de prevención de riesgos laborales. En concreto: las recogidas en el plan de prevención de la UMH y en las planificaciones preventivas de las unidades en las que se integra la investigación. Igualmente, debe promover la realización de reconocimientos médicos periódicos entre su personal; cumplir con los procedimientos sobre coordinación de actividades empresariales en el caso de que trabaje en el centro de trabajo de otra empresa o que personal de otra empresa se desplace a las instalaciones de la UMH; y atender a las obligaciones formativas del personal en materia de prevención de riesgos laborales. Le indicamos que tiene a su disposición al Servicio de Prevención de la UMH para asesorarle en esta materia.

Página 1 de 2



La información descriptiva básica del presente trabajo será incorporada al repositorio público de Trabajos fin de Grado y Trabajos Fin de Máster autorizados por la Oficina de Investigación Responsable de la Universidad Miguel Hernández. También se puede acceder a través de <https://oir.umh.es/tfg-tfm/>



## ÍNDICE

RESUMEN .....	4
1. PRESENTACIÓN Y PROPÓSITO DEL TRABAJO .....	5
2. METODOLOGÍA. PLAN ESTRATÉGICO.....	6
Misión.....	6
Visión .....	6
Valores.....	7
3. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN .....	8
Análisis externo.....	8
Análisis demográfico.....	9
Análisis interno.....	14
MATRIZ D.A.F.O.....	19
MATRIZ C.A.M.E. ....	19
4. ESTRATEGIA Y OBJETIVOS .....	20
5. PLAN DE ACTUACIÓN.....	22
6. CONCLUSIONES.....	25
7. BIBLIOGRAFÍA .....	26
8. ÍNDICES.....	31
Índice de imágenes.....	31
Índice de figuras.....	31
Índice de tablas.....	31
Índice de abreviaturas.....	32

## RESUMEN

El presente Trabajo Fin de Máster (TFM) se basa en la elaboración propia de una memoria o proyecto de gestión que describa la organización, estructura y funcionamiento de una unidad asistencial. En este caso, se centra en la unidad de Cirugía Pediátrica –o Cirugía General Infantil (CGI)- del Hospital General Universitario de Castellón (HGUCS).

Esta propuesta describe el marco legislativo y la situación actual de la especialidad de Cirugía Pediátrica en la Comunidad Valenciana y, de forma más concreta, en la provincia de Castellón. Se realiza un análisis externo e interno y, posteriormente, se elaboran las matrices DAFO y CAME, que permiten crear una planificación estratégica como propuesta de mejora futura para la unidad, definiendo los objetivos y planes de actuación, así como sus correspondientes indicadores para la evaluación de resultados posterior.



## 1. PRESENTACIÓN Y PROPÓSITO DEL TRABAJO

Se presenta en este trabajo una memoria o proyecto de gestión para la unidad de Cirugía Pediátrica – o Cirugía General Infantil (CGI)- del Hospital General Universitario de Castellón (HGUCS). Se trata de una sección integrada dentro del servicio de Pediatría, pero con una estructura y función independientes. Tradicionalmente esta unidad ha estado constituida por cuatro facultativas, aunque en los últimos meses ha visto incrementado su número de plazas a cinco, tras la creación de nuevas plazas estructurales para consolidar los contratos COVID.

El HGUCS es el único centro de la provincia de Castellón que atiende a pacientes quirúrgicos en edad infantil, lo que supone un importante volumen asistencial. No obstante, el nivel de recursos destinados a la unidad de CGI (número de quirófanos a la semana, material quirúrgico...) y la falta de dedicación específica al área pediátrica del resto de servicios hospitalarios (Anestesiología, Radiología...), entre otros, hacen que la actividad diaria en ocasiones suponga un reto e, incluso, obligan a la derivación y traslado de pacientes al centro de referencia de la Comunidad Valenciana en Cirugía Pediátrica (Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia).

El propósito de esta memoria es, por tanto, establecer un proyecto de gestión adecuado a las nuevas características de la unidad de CGI del HGUCS, diseñando y coordinando estrategias y definiendo objetivos que satisfagan tanto a profesionales como a usuarios. El plan que se propone podría optimizar la organización, estructura y cartera de servicios, así como mejorar los resultados asistenciales y aumentar la calidad y seguridad ofrecida a los pacientes y sus familiares.

## 2. METODOLOGÍA. PLAN ESTRATÉGICO

La presente memoria está basada en el análisis de los datos demográficos y de salud más actuales relativos o relacionados con dicho centro y/o unidad. Debe considerarse este documento como una propuesta de mejora organizativa, que posteriormente será consensuada tanto a nivel de la unidad de CGI como con el resto de especialidades o servicios implicados.

Las bases que sustentan la identidad de esta unidad y sirven como guía para la toma de decisiones son:

### Misión

Nuestro objetivo es prestar una atención sanitaria integral de calidad, de forma eficiente y obtener los mejores resultados asistenciales posibles, así como la máxima satisfacción por parte del personal y los usuarios (que en este caso no sólo serán los pacientes, sino también sus familiares). Además, trabajamos para establecer relaciones sólidas y de confianza con otras especialidades, ofrecemos docencia pre y postgrado y tratamos de fomentar la formación continuada e investigación de los profesionales.

### Visión

Aspiramos al reconocimiento de nuestra unidad como centro de referencia o líder a nivel provincial, que pueda dar respuesta a las necesidades y/o expectativas de su población, proponiendo un modelo que permita ampliar o desarrollar la cartera de servicios. Situamos como eje central al niño, pero sin dejar de lado a su familia y otros aspectos igual de importantes (educación, crecimiento y desarrollo, aprendizaje...). Nos basamos en un espíritu de mejora continua, que se adapta a los cambios y nuevas necesidades que se plantean, con un ambiente de trabajo óptimo, una cultura de aprendizaje e intercambio de conocimientos y experiencias y un equipo médico motivado y comprometido con estas metas.

## Valores

- Gestión Sanitaria: búsqueda de la máxima eficiencia, calidad, seguridad, equidad, sostenibilidad...
- Compromiso con el paciente y su familia: respeto, empatía, facilidad de comunicación, confidencialidad, fomento de autonomía y participación en las decisiones...
- Profesionalidad de trabajadores: principios éticos, responsabilidad, transparencia, integridad, competencia, implicación, trabajo en equipo...
- Búsqueda de la excelencia: asistencia basada en la mejor evidencia científica disponible, promoción de docencia, formación continuada e investigación, implementación de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs)...
- Responsabilidad social y respeto al medio ambiente.





### 3. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

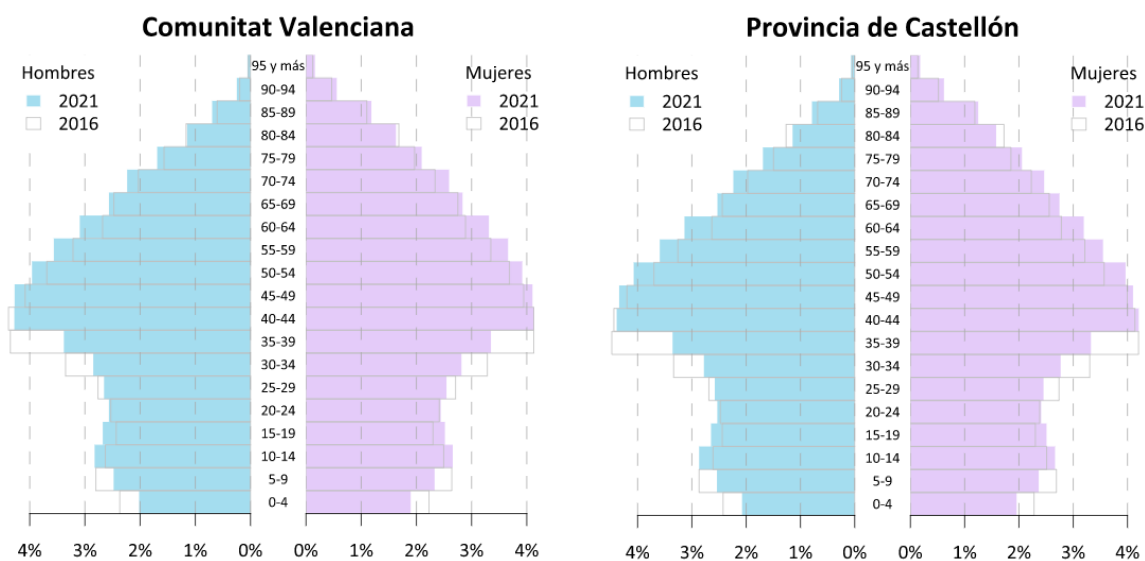
#### Análisis externo

##### Comunidad Valenciana<sup>1,2,3</sup>

La Comunidad Valenciana comprende las provincias de Alicante, Castellón, y Valencia y cuenta con 542 municipios. Está integrada por 5.264.919 habitantes, con una distribución por sexos similar (49% varones y 51% mujeres). De ellos, aproximadamente el 14% de la población tiene menos de 15 años, por lo que se considera población infantil o pediátrica (720.738 niños). *Imagen 1.*

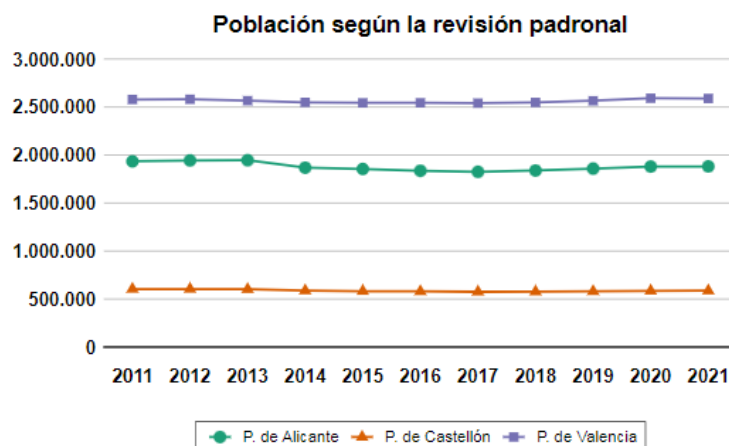
##### Provincia de Castellón<sup>1,2,3</sup>

La provincia de Castellón está formada por 135 municipios, repartidos en 8 comarcas. Su población es de 574.038 habitantes y representa el 11% del total de la población de la Comunidad Valenciana. Aproximadamente un 14% de esta población son menores de 15 años (81.409 niños). *Imagen 2.*



Imágenes 1 y 2. Pirámides poblacionales Comunidad Valenciana y Castellón 2016-2021.

La pirámide poblacional en Castellón es, como en el resto del país, regresiva, con unas tasas de natalidad brutas en descenso y un índice de envejecimiento en aumento (saldo vegetativo negativo). Sin embargo, la población se ha mantenido estable o muy discretamente incrementada en los últimos años como consecuencia de la migración. *Imagen 3.*



*Imagen 3. Variación población total por provincias (2011-2021).*

## Análisis demográfico

### Marco legislativo nacional<sup>4-10</sup>

La Constitución Española reconoce en el artículo 43 el derecho a la protección de la salud y, en los artículos 148.1.21 y 149.1.16, otorga una serie de competencias compartidas entre el Estado y las Comunidades Autónomas.

La regulación de las acciones que permiten hacer efectivo este derecho se recoge en un conjunto de normas, entre las que destacan: Ley 14/1986 General de Sanidad; Ley 41/2002 Básica reguladora de la autonomía del paciente; Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud; Real Decreto 1030/2006, cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud; Ley 33/2011 General de Salud Pública; Real Decreto-ley 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud.

Los principios que permiten el ejercicio de este derecho son:

- Financiación pública, universalidad y gratuidad de los servicios sanitarios.
- Derechos y deberes definidos tanto para los ciudadanos como para los poderes públicos.
- Descentralización territorial de la sanidad en las comunidades autónomas.
- Prestación de una atención integral de la salud.

### Marco legislativo autonómico<sup>11-16</sup>

En la Comunidad Valenciana se hace efectivo el traspaso de las funciones y servicios del Instituto Nacional de Sanidad y el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) a partir de 1988, en virtud del Real Decreto 278/1980 y el Real Decreto 1612/1987.

En la Ley Orgánica 5/1982, artículo 38, y en la Ley Orgánica 1/2006, artículos 49 y 54, se definen la competencia exclusiva de la Generalitat para la organización, administración y gestión de todas las instituciones sanitarias públicas dentro del territorio de la Comunidad Valenciana. Se reserva para el Estado la alta inspección para el cumplimiento de las funciones y competencias transferidas.

En la actualidad, y desde 2014 (Ley 5/2013 y Ley 10/2014), la gestión del Sistema Valenciano de Salud (SVS) se lleva a cabo directamente por la *Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública* (CSUiSP). En su artículo 14 regula el mapa sanitario, lo que permite la ordenación del territorio en diferentes demarcaciones geográficas: los departamentos de salud, que equivalen a las áreas de salud previstas en la Ley General de Sanidad. Estos constituyen las estructuras fundamentales del SVS.

### Organización territorial SVS<sup>17,18</sup>

El modelo de gestión sanitaria valenciana se basa en la descentralización y comprende cuatro principios básicos: la financiación capítativa en todos los departamentos de salud, la gestión integral de la atención sanitaria, la facturación de la asistencia sanitaria entre departamentos y la dirección por objetivos. Por otro lado, el SVS se organiza en dos entornos o niveles asistenciales: atención primaria y atención especializada.

En la actualidad, el mapa sanitario de la Comunidad Valenciana se organiza en 24 departamentos de salud (que coinciden con las comarcas, salvo por alguna excepción), de los cuales 21 son de gestión pública y 3 de gestión privada mediante la fórmula de concesión administrativa (Denia, Manises y Elche-Vinalopó; tras la reversión reciente de los departamentos de la Ribera y Torrevieja). *Imagen 4*. Los departamentos de salud se dividen, a su vez, en zonas básicas de salud, cuyos dispositivos asistenciales principales son los centros de salud. La provincia de Castellón, en concreto, consta de 3 departamentos de salud: Vinaroz (departamento 1, con 8 zonas básicas de salud), Castellón (departamento 2, con 17 zonas básicas de salud) y La Plana (departamento 3, con 9 zonas básicas de salud), todos ellos públicos.



*Imagen 4. Departamentos de salud de la Comunidad Valenciana.*

### Pacto por objetivos<sup>19-22</sup>

La Ley de Ordenación Sanitaria de 2003 incorporó el mandato de establecer planes periódicos de salud en la Comunidad Valenciana. Actualmente está en vigor el IV Plan de Salud (2016-2020), pendiente de la publicación definitiva del V Plan de Salud (2022-2030), aprobado en diciembre de 2022. Este documento es el punto de referencia e instrumento estratégico de planificación y programación de las políticas de salud en la Comunidad Valenciana. Su objetivo general es mejorar el nivel de salud y reducir las desigualdades, contando con la participación de la ciudadanía. Se estructura en diferentes líneas estratégicas, de la que se derivan una serie de objetivos generales y acciones concretas, así como propone indicadores para su seguimiento y evaluación. *Imagen 5.*

Los acuerdos de gestión de los departamentos de salud establecen los objetivos comunes del sistema sanitario y sirven de instrumento para alinear las actuaciones y asignar incentivos a los profesionales que atienden a la población de dicho departamento. Las tres grandes áreas en que se agrupan estos objetivos (ganancia en salud, mejora de la atención prestada y sostenibilidad/eficiencia) se enmarcan en las líneas estratégicas y objetivos definidos en el Plan de Salud.



*Imagen 5. Valores y principios fundamentales IV Plan de Salud 2016-2020.*

### Cirugía Pediátrica y Pediatría en la Comunidad Valenciana<sup>23-25</sup>

La Cirugía Pediátrica nace en España en 1962 y comienza a considerarse especialidad a partir de 1977. Su campo de actuación comprende el tratamiento quirúrgico de los pacientes en el período de vida que se extiende desde la concepción hasta el final de la adolescencia (punto de corte que el Plan Estratégico Nacional de Pediatría establece en 18 años, pero que varía según la comunidad autónoma -en la Comunidad Valenciana se establece en 15 años-).

Actualmente en la Comunidad Valenciana existen unidades de Cirugía Pediátrica en seis hospitales: Hospital General Universitario de Alicante (con 10 facultativos y 4 residentes), Hospital General Universitario de Castellón (con 5 facultativas), Hospital Universitario y Politécnico La Fe (con 14 facultativos y 8 residentes), Hospital Clínico de Valencia (con 4 facultativas), Hospital General de Valencia y Hospital de La Ribera –Alzira- (en estos dos últimos solo trabaja de forma habitual un facultativo, por lo que existen acuerdos con los otros centros para poder llevar a cabo la actividad asistencial).

Con respecto a Pediatría, cabe destacar la importante falta de médicos especialistas en centros de salud españoles. En concreto en la Comunidad Valenciana, de las 746 plazas de Pediatría de atención primaria, 216 –un 29%- son ocupadas por médicos no pediatras (médicos de familia o extranjeros con título no homologado). La provincia de Castellón tiene los peores datos: de las 95 plazas de Pediatría de atención primaria, 39 son ocupadas por no especialistas (41%), lo que se aleja bastante de lo recomendado por la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Esto se ve aún más agravado en zonas rurales, donde el porcentaje de no pediatras llega a ser de hasta el 66%. Como es esperable, esto afecta a la calidad de la asistencia recibida por los pacientes pediátricos y se relaciona con un elevado número de derivaciones a especialistas (como Cirugía Pediátrica), la solicitud innecesaria de pruebas complementarias, la no idoneidad de la prescripción farmacológica, la tasa de vacunación y la falta de seguimiento de las guías de práctica clínica.

## Análisis interno

### Hospital General Universitario de Castellón (HGUCS)<sup>1,2,18</sup>

La asistencia especializada del departamento de Castellón (departamento 2) se centraliza en el HGUCS y su centro de especialidades Jaime I. La población perteneciente a dicho departamento es de 290.847 personas. De ellos, el 14% (40.710 niños) son menores de 15 años.

A nivel estructural, el HGUCS dispone de 654 camas de hospitalización de agudos, distribuidas en 2 áreas de pediatría y 17 de adultos. Dentro de las áreas dedicadas a niños, cuenta con: sala de hospitalización de lactantes y escolares - incluidos los pacientes quirúrgicos- (34 camas), neonatología (18 camas/cunas), Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos y Neonatales (12 puestos), área de urgencias (3 consultas, 1 sala de observación, 1 box de vitales) y Hospital de Día Pediátrico (HDP, 15 puestos).

A nivel asistencial, el HGUCS dispone de prácticamente la totalidad de especialidades médico-quirúrgicas accesibles en la sanidad pública (a excepción de cirugía cardíaca, cirugía torácica, cirugía plástica, oncología y medicina nuclear; las tres últimas se prestan en el Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón y las dos primeras en varios hospitales de Valencia).

### Unidad de Cirugía Pediátrica del HGUCS<sup>1,2,18</sup>

La unidad de Cirugía Pediátrica del HGUCS –referida como unidad de CGI- atiende la patología quirúrgica de los pacientes menores de 15 años tanto del departamento de salud 2 (Castellón), como de los departamentos 1 (Vinaroz) y 3 (La Plana), de los que es unidad de referencia también. Por tanto, teniendo en cuenta a esta subpoblación de pacientes de todos los departamentos, la población total a la que atiende la unidad de CGI del HGUCS es de 81.409 niños, lo que corresponde al 11% de la población pediátrica de la Comunidad Valenciana (720.738 niños).

La cartera de servicios incluye: patología de cara y cuello, patología torácica, patología digestiva, patología umbilical, de pared abdominal y canal inguinal, patología urológica, cirugía plástica y reconstructiva, cirugía ginecológica y cirugía neonatal.

Esta unidad se considera una sección dentro del servicio de Pediatría y está constituida, actualmente, por una jefa clínica y cuatro facultativas especialistas (tras la creación de una nueva plaza estructural -para consolidar los contratos COVID-, en mayo de 2022).

La actividad asistencial se realiza en varios ambientes diferenciados:

- Consultas externas: 5 consultas de CGI semanales, 1 consulta de enfermería CGI semanal y 2 consultas de disfunción vesical al mes.
- Quirófano programado: 2 días a la semana. Posibilidad de 1 a 3 autoconciertos al mes (según demora de lista de espera).
- Sala de endoscopias: 2 días al mes.
- Hospitalización: sala de pediátrica, neonatología, unidad de cuidados intensivos pediátricos y neonatales, HDP. Pase de planta diario y atención de interconsultas.
- Urgencias de Pediatría: atención continuada durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. De lunes a viernes de 8 a 15 horas, de forma presencial, y el resto del tiempo, como guardia localizada.
- Quirófano de urgencias: según necesidad.

La actividad docente e investigadora se desarrolla de la siguiente forma:

- Participación en sesiones y comités clínicos: sesión de Pediatría (diaria), comisión de quirófano (semanal), comité de nefrourología pediátrica (mensual), comité de perinatología (mensual), comité de vía aérea pediátrica (trimestral) y comisión de sedaciones (mensual).
- Actividad docente: para alumnado de 5º y 6º curso de Grado de Medicina de la Universidad Jaime I (UJI) y para residentes del Servicio de Pediatría, que realizan prácticas y rotaciones en nuestra unidad.
- Participación en cursos de formación continuada y asistencia a congresos nacionales de Cirugía y Urología Pediátrica.



Los indicadores de actividad de la unidad durante el año 2022 son<sup>26</sup>:

Indicadores de consulta externa		
	n	%
Total pacientes visitados	1.840	-
<b>Total consultas realizadas</b>	<b>2.836</b>	<b>100</b>
Primera visita	1.239	44
Visita sucesiva	913	32
Visita preoperatoria	405	14
Visita postoperatoria	279	10

Tabla 1. Indicadores de consulta externa.

	Primera visita	Visita sucesiva	Visita preoperatoria	Visita postoperatoria	TOTAL (n)	TOTAL (%)
Presencial	1.186	656	405	279	2.526	89
No presencial	53	257	0	0	310	11
<b>TOTAL</b>	<b>1.239</b>	<b>913</b>	<b>405</b>	<b>279</b>	<b>2.836</b>	<b>100</b>

Tabla 2. Relación consultas presenciales/no presenciales.

Indicadores de quirófano		
	n	%
<b>Total intervenciones realizadas</b>	<b>467</b>	<b>100</b>
Intervenciones urgentes	113	24
Intervenciones programadas	354	76
<b>Total suspensiones*</b>	<b>23</b>	<b>100</b>
Motivos clínicos	18	79
No presentado	4	17
Falta de tiempo	1	4
<b>Rendimiento quirúrgico**</b>	<b>-</b>	<b>65</b>
<b>Diagnósticos más frecuentes</b>		
Apendicitis aguda***	85	18
Fimosis	71	15
Lesiones cutáneas o subcutáneas	44	9
Criptorquidia	39	8
Hernia inguinal	37	8
Hernia umbilical o epigástrica	28	6
<b>Tipo de ingreso</b>		
Sin ingreso - Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA)	258	55****
Ingreso hospitalario	209	45

Tipo de anestesia		
General	412	88
Sedación	19	4
Local o locorregional	36	8
Departamento de origen		
1 La Plana	139	30
2 Castellón	276	59
3 Vinaroz	52	11

Tabla 3. Indicadores de quirófano.

\* El índice de suspensiones de cirugías programadas en CGI es de 6% (23 de 354), similar a la media del HGUCS en general (5%).

\*\* El rendimiento o índice de ocupación quirúrgico es la relación entre el tiempo disponible del quirófano y el tiempo en el que se encuentra realmente ocupado por pacientes. En CGI es del 65%, lo que dista bastante de la media del HGUCS (77%).

\*\*\* Todas las apendicitis agudas se intervienen de forma urgente.

\*\*\*\* Teniendo en cuenta únicamente las intervenciones programadas, el porcentaje de ambulatorización de CGI es del 73% (258 de 354), superior al porcentaje del HGUCS en general (48%).

	Cirugías urgentes	Cirugías programadas	TOTAL
Ingreso hospitalario	113	96	209
Sin ingreso (CMA)	0	258	258
<b>TOTAL</b>	<b>113</b>	<b>354</b>	<b>467</b>

Tabla 4. Relación quirófanos con ingreso/sin ingreso.

Indicadores de sala de técnicas		
	n	%
<b>Total técnicas realizadas</b>	<b>62</b>	<b>100</b>
Endoscopia digestiva alta (EDA)	49	79
Colonoscopia	13	21

Tabla 5. Indicadores de sala de técnicas.

Indicadores de demora (días)		
	Demora media	Rango
Primera visita en consulta externa	30	9-70
Lista Espera Quirúrgica (LEQ)	88	59-124
EDA	47	12-105
Colonoscopia	33	5-79

Tabla 6. Indicadores de demora.

Indicadores de hospitalización		
	n	%
<b>Total pacientes ingresados</b>	236	100
Ingresos urgentes	133	56
Ingresos programados	103	44
Estancia media*	2 días	
Mortalidad	0	
Total interconsultas	67	100

Tabla 7. Indicadores de hospitalización.

\* La estancia media es debida fundamentalmente a estancia postoperatoria. Se evita el ingreso previo a la cirugía, por lo que la estancia preoperatoria es muy baja -0.09 días-, por necesidades específicas del paciente o la técnica, si requiere preparación previa.

Indicadores de urgencias		
	n	%
<b>Total urgencias de Pediatría</b>	18.515	100
Ingreso a cargo de CGI	133	0.7
Intervención quirúrgica urgente*	113	0.6

Tabla 8. Indicadores de urgencias.

\* El 85% (113 de 133) de los pacientes que ingresan a cargo de CGI desde urgencias es para intervención quirúrgica, en su mayoría apendicitis aguda (85/113, 75%).

Indicadores de docencia e investigación	
Publicaciones	3
Másteres completados	2
Cursos realizados	7
Asistencia a congresos	3
Profesoras asociadas impartiendo clases en universidad	2
Tutoras de prácticas hospitalarias (grado Medicina)	5
Responsables de rotatorios MIR Pediatría	5

Tabla 9. Indicadores de docencia e investigación.

## MATRIZ D.A.F.O.

Los análisis previos permiten identificar los principales aspectos para crear una matriz DAFO, que sirva de guía en la elaboración del plan estratégico.



## MATRIZ C.A.M.E.

Una vez diseñada la matriz DAFO, es posible desarrollar las acciones básicas aplicables a cada uno de sus elementos, mediante la matriz CAME.



## 4. ESTRATEGIA Y OBJETIVOS

Tomando como referencia el actual Plan de Salud de la Comunidad Valenciana y los acuerdos de gestión del Departamento de Salud de Castellón y, tras los análisis DAFO y CAME de la unidad expuestos, se propone un plan estratégico a seguir por la unidad de CGI del HGUCS. Está constituido por una serie de objetivos, así como una serie de actividades a implementar e indicadores de evaluación establecidos.

Dichos objetivos seguirán la metodología *SMART* (específico, medible, alcanzable, realista, con duración limitada) y los criterios de calidad ISO 9001:2015 (enfocado al paciente, liderazgo, participación del personal, gestión por procesos, cultura de mejora continua, evidencia científica, desarrollo de relaciones).

Se proponen 5 líneas estratégicas, con sus respectivos objetivos:

- 1) Impulsar la calidad total y excelencia de la asistencia sanitaria.
  - 1.1. Normalizar procesos, para disminuir la variabilidad de la práctica clínica y mejorar la capacidad resolutoria de Atención Primaria (AP).
  - 1.2. Fomentar la atención telemática, para mejorar continuidad asistencial y conciliación laboral/familiar.
  - 1.3. Dar visibilidad y accesibilidad a la unidad, para evitar derivación de pacientes a otros centros.
  - 1.4. Ampliar la cartera de servicios.
  - 1.5. Liderazgo y gestión participativa.
  
- 2) Actividad asistencial centrada en el paciente, trato más humanitario.
  - 2.1. Mejor comunicación e información ofrecidas.
  - 2.2. Cambio en relación médico-paciente/familiar: autonomía y participación proactiva, implicación en toma de decisiones.

- 2.3. Personalización de la atención: conocer necesidades y expectativas, tener en cuenta aspectos biopsicosociales (tipos de familias y relaciones...).
- 2.4. Ofrecer confianza, confidencialidad y respeto a la intimidad.
- 2.5. Implementar prácticas para fomentar el bienestar.

3) Seguridad y gestión de riesgos.

- 1.1. Fomentar identificación y notificación de errores y efectos adversos.
- 1.2. Disponer de recursos materiales adecuados para pacientes pediátricos.
- 1.3. Proponer especialización pediátrica de servicios centrales.

4) Optimización de recursos y costes, mejora de la eficiencia.

- 4.1. Cumplimiento de acuerdos de gestión clínica.
- 4.2. Gestión por procesos: estratégicos (de gestión), clave/operativos (clínicos), de soporte/apoyo (transversales).
- 4.3. Mejora de los indicadores de atención.
- 4.4. Sostenibilidad de la unidad.

5) Apoyo a actividades de docencia e investigación.

- 5.1. Facilitar e incentivar formación continuada.
- 5.2. Impartir docencia pre y posgrado.
- 5.3. Sistematizar y mejorar investigación.

## 5. PLAN DE ACTUACIÓN

LÍNEA ESTRATÉGICA 1: CALIDAD TOTAL Y EXCELENCIA				
	OBJETIVO	ACCIÓN	RECURSOS NECESARIOS	INDICADORES
1	<b>Normalizar procesos</b> para disminuir variabilidad de la práctica clínica y mejorar capacidad resolutoria de AP	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Selección de patologías más prevalentes y menos complejas.</li> <li>- Diseño de vías clínicas, protocolos y criterios de derivación.</li> <li>- Formación de profesionales AP (calendario quirúrgico, grado de urgencia de derivación...).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cambios organizativos para gestionar protocolos y vías clínicas.</li> <li>- Cursos, charlas o sesiones de formación para profesionales AP.</li> <li>- Encuestas de satisfacción.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nº de patologías normalizadas.</li> <li>- Nº de cursos, charlas o sesiones impartidos.</li> <li>- Nº de primeras visitas innecesarias.</li> <li>- Demora primeras visitas.</li> <li>- Nº de pruebas complementarias innecesarias.</li> <li>- Grado de satisfacción de pacientes y profesionales.</li> </ul>
2	<b>Fomentar la atención telemática</b> para mejorar continuidad asistencial y conciliación laboral/familiar	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formación online de profesionales y pacientes.</li> <li>- Interconsulta para resolución de dudas a AP.</li> <li>- Consulta no presencial a pacientes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formación en TICs.</li> <li>- Reestructuración de agendas (recurso no presencial como parte de la jornada).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nº de cursos, charlas o sesiones online impartidos y recibidos.</li> <li>- Nº de interconsultas AP resueltas.</li> <li>- Nº de consultas no presenciales realizadas a pacientes.</li> </ul>
3	<b>Dar visibilidad y accesibilidad a la unidad</b> para evitar derivación de pacientes a otros centros	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Campañas de información a pacientes y profesionales.</li> <li>- Creación de una web de la unidad (ubicación, cartera de servicios, información básica para pacientes, docencia e investigación...).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Campañas de difusión.</li> <li>- Creación de una web de la unidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nº de charlas u hojas informativas realizadas.</li> <li>- Nº de accesos a la web.</li> <li>- Nº de derivaciones desde departamentos 1 y 3.</li> </ul>
4	<b>Ampliación de la cartera servicios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realización de nuevas técnicas.</li> <li>- Tratamiento de patologías que previamente eran derivadas a otros centros.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formación teórico-práctica.</li> <li>- Material específico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nº pacientes derivados a otros centros/servicios.</li> <li>- Nº y tipo de procedimientos realizados.</li> </ul>
5	<b>Liderazgo y gestión participativa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Liderazgo compartido, delegación y distribución de responsabilidades.</li> <li>- Motivación y autonomía.</li> <li>- Trabajo en equipo.</li> <li>- Sentido corporativo.</li> <li>- Máxima participación e implicación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formación del jefe de la unidad en dichas habilidades.</li> <li>- Cambios organizativos.</li> <li>- Encuestas de satisfacción.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Grado de satisfacción de pacientes y profesionales.</li> <li>- Estabilidad de la plantilla.</li> </ul>

**LÍNEA ESTRATÉGICA 2: ACTIVIDAD CENTRADA EN EL PACIENTE, TRATO HUMANITARIO**

	OBJETIVO	ACCIÓN	RECURSOS NECESARIOS	INDICADORES
1	<b>Mejor comunicación e información</b> ofrecidas.	- Facilitar información escrita y visual. - Formación profesional sobre habilidades de comunicación.	- Folletos informativos para pacientes y familias. - Cursos de formación. - Encuestas de satisfacción.	- Nº de quejas, reclamaciones y agradecimientos. - Grado de satisfacción de pacientes y profesionales. - Nº de cursos recibidos.
2	<b>Cambio en relación médico-paciente/familiar</b>	- Fomentar autonomía y participación proactiva. - Implicación del paciente o familiar en toma de decisiones.	- No incrementa (reorientar procesos asistenciales). - Encuestas de satisfacción.	- Nº de quejas, reclamaciones y agradecimientos. - Grado de satisfacción de pacientes y profesionales.
3	<b>Personalización de la atención</b>	- Conocer expectativas y necesidades. - Tener en cuenta aspectos biopsicosociales (custodia, patria potestad, progenitores únicos...).	- Adaptar consentimientos informados a nuevas características de las familias. - Encuestas de satisfacción.	
4	Ofrecer <b>confianza, confidencialidad y respeto</b> a la intimidad.	- Adquirir habilidades para ganarse la confianza de los menores y sus padres. - Garantizar confidencialidad y respeto a la intimidad, especialmente en adolescencia (menor maduro).	- No incrementa (reorientar procesos asistenciales). - Encuestas de satisfacción.	
5	Implementar prácticas para <b>fomentar bienestar</b>	- Permitir presencia de familiar en todo momento. - Dar opción de sedación ante procedimientos invasivos.	- Colaboración con Pediatría para sedaciones. - Encuestas de satisfacción.	- Nº de quejas, reclamaciones y agradecimientos. - Grado de satisfacción de pacientes y profesionales. - Nº sedaciones con Pediatría.

**LÍNEA ESTRATÉGICA 3: SEGURIDAD Y GESTIÓN DE RIESGOS**

	OBJETIVO	ACCIÓN	RECURSOS NECESARIOS	INDICADORES
1	Fomentar <b>identificación y notificación de errores y efectos adversos</b>	- Formación básica en seguridad del paciente. - Sensibilización en cultura de prácticas seguras y notificación. - Implantación de SINEA y listas de verificación quirúrgica.	- Cursos de formación en seguridad del paciente. - Utilización y formación en programa SINEA y listas de verificación quirúrgica.	- Nº de notificaciones SINEA. - Nº de análisis SINEA finalizados - Gravedad de los errores y efectos adversos notificados. - Nº de listas de verificación quirúrgica cumplimentadas. - Nº de sesiones morbimortalidad.
2	Disponer de <b>recursos materiales adecuados</b> para pacientes pediátricos.	- Adquisición de material específico pediátrico. - Dotar a los espacios compartidos con adultos de recursos para niños (juguetes, pegatinas...).	- Material específico pediátrico. - Encuestas de satisfacción.	- Grado de satisfacción de pacientes y profesionales. - Nº de intervenciones realizadas con material no específico.
3	Proponer <b>especialización pediátrica de servicios centrales</b> .	- Favorecer la participación de servicios centrales (Anestesiología, Radiología...) en comités y sesiones de Pediatría y CGI. - Establecer un subgrupo de profesionales de dichos servicios para que sean los de referencia para niños.	- No incrementa (reorganización de flujos asistenciales y trabajo de los profesionales). - Encuestas de satisfacción.	- Grado de satisfacción de pacientes y profesionales. - Nº de casos complejos atendidos por personal especializado.



**LÍNEA ESTRATÉGICA 4: OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS Y COSTES, MEJORA DE LA EFICIENCIA**

	<b>OBJETIVO</b>	<b>ACCIÓN</b>	<b>RECURSOS NECESARIOS</b>	<b>INDICADORES</b>
1	Cumplimiento de <b>acuerdos de gestión de gestión clínica</b>	- Dar a conocer los acuerdos de gestión actuales. - Informar de resultados obtenidos el año anterior.	- No incrementa.	- % de asistencia a reunión. - % de cumplimiento de acuerdos fijados.
2	<b>Gestión por procesos</b>	- Definir y describir procesos. - Seguir, evaluar y rediseñar procesos.	- Formación en gestión por procesos.	- Nº de procesos definidos.
3	Mejora de los <b>indicadores de atención</b>	- Mejorar índice primeras visitas/sucesivas. - Aumentar consultas telemáticas. - Reducir demora quirúrgica e índice de suspensiones. - Reducir estancia media al promover ambulatorización (CMA) y alta precoz (UHD). - Optimizar ocupación de quirófano.	- Reorganización de flujos asistenciales y trabajo de los profesionales (distribución de agendas, ocupación de quirófano...) - Mayor nº de sesiones quirúrgicas. - UHD Pediátrica. - Encuestas de satisfacción.	- Nº primeras visitas. - Demora para visita en consulta. - Índice primeras visitas/sucesivas. - % consultas telemáticas. - Nº intervenciones. - Demora LEQ. - Índice de ambulatorización. - % suspensiones - % ocupación de quirófano - Estancia media. - Grado de satisfacción de pacientes y profesionales.
4	<b>Sostenibilidad de la unidad</b>	- Ajustar el gasto al consumo previsto. - Optimizar recursos materiales.	- Reorganización de flujos asistenciales y trabajo de los profesionales.	- Nº de pruebas complementarias solicitadas innecesarias. - Nº de derivaciones innecesarias. - Variación del gasto anual.

**LÍNEA ESTRATÉGICA 5: DOCENCIA E INVESTIGACIÓN**

	<b>OBJETIVO</b>	<b>ACCIÓN</b>	<b>RECURSOS NECESARIOS</b>	<b>INDICADORES</b>
1	Facilitar e incentivar <b>formación continuada</b>	- Realizar y participar en sesiones clínicas y bibliográficas. - Cursar estudios postgrado. - Realizar cursos de formación y actualización. - Asistir a congresos y reuniones. - Realizar rotatorios/ estancias o colaboraciones con centros de referencia. - Buscar financiación para costearlo.	- Financiación para incentivar participación. - Dedicar parte de la jornada laboral a esto.	- Nº de sesiones impartidas. - Nº de sesiones recibidas. - Nº de títulos postgrado. - Nº de cursos realizados. - Nº de asistencias a congresos y reuniones. - Nº de rotatorios/estancias o colaboraciones. - Financiación recibida. - % de horas de la jornada laboral dedicadas a esto.
2	Impartir <b>docencia pre y posgrado</b>	- Proseguir docencia impartida a grado de medicina y MIR de Pediatría. - Fortalecer relaciones con universidad.	- Dedicar parte de la jornada laboral a esto.	- Nº de horas de docencia impartida a grado de medicina y MIR de Pediatría. - Nº estudiantes y residentes formados en la unidad. - % de horas de la jornada laboral dedicadas a esto.
3	Sistematizar y mejorar <b>investigación</b>	- Promover cultura de investigación. - Generar producción científica de calidad (publicaciones en revistas, comunicaciones en congresos, tesis doctorales...) - Establecer relaciones con grupos de investigación y participar en estudios.	- Cursos de formación en metodología de la investigación. - Dedicar parte de la jornada laboral a esto.	- Nº trabajos publicados. - Nº comunicaciones a congresos. - Nº tesis doctorales. - Nº de grupos de investigación o estudios en los que se participa.

## 6. CONCLUSIONES

La unidad de CGI del HGUCS pretende ser un servicio de referencia en la provincia de Castellón, con el paciente pediátrico (y su familia) como eje central de la actividad asistencial.

Aunque existen distintas debilidades y amenazas (como la falta de recursos o la ausencia de especialización pediátrica del resto de especialidades), con la ayuda de las fortalezas y oportunidades disponibles (como la ampliación de una plaza en la unidad y un equipo joven y motivado), es posible seguir mejorando y ofrecer una atención de calidad a dicha población.

A lo largo de la presente memoria se propone un plan de gestión estructurado, con una metodología clara y detallada, que incide en todos los aspectos básicos de la gestión sanitaria estudiados, y que podría suponer un importante progreso para esta unidad en los próximos años.



## 7. BIBLIOGRAFÍA

1. GVA: Generalitat Valenciana [Internet]. Valencia: Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública (CSUiSP); [actualizado 31 dic 2022; citado 12 mar 2023]. Sistema de Información Poblacional (SIP). Disponible en: <https://www.san.gva.es/es/web/dgcal/sistema-de-informacion-poblacional-sip->
2. GVA: Generalitat Valenciana [Internet]. Valencia: Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública (CSUiSP); [actualizado 10 mar 2022; citado 12 mar 2023]. Portal Estadístico de la Generalitat Valenciana (PEGV). Disponible en: <https://pegv.gva.es/es/>
3. Generalitat Valenciana: Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Memoria de gestión 2021 Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública [Internet]. jun 2022 [citado 12 mar 2023]; p. 1-528. Disponible en: [https://www.san.gva.es/documents/157385/10043901/Memoria\\_CSUiSP\\_2021\\_C.pdf](https://www.san.gva.es/documents/157385/10043901/Memoria_CSUiSP_2021_C.pdf)
4. Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, 29 de diciembre de 1978, núm. 311. Última actualización 27 de septiembre de 2011. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1978/BOE-A-1978-31229-consolidado.pdf>
5. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, 29 de abril de 1986, núm. 102. Última actualización 6 de diciembre de 2018. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1986/BOE-A-1986-10499-consolidado.pdf>
6. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado, 15 de noviembre de 2002, núm. 274. Última actualización 1 de marzo de 2023. Disponible

- en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2002/BOE-A-2002-22188-consolidado.pdf>
7. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado, 29 de mayo de 2003, núm. 128. Última actualización 30 de marzo de 2021. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-10715-consolidado.pdf>
  8. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Boletín Oficial del Estado, 16 de septiembre de 2006, núm. 222. Última actualización 29 de enero de 2022. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-16212-consolidado.pdf>
  9. Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. Boletín Oficial del Estado, 5 de octubre de 2011, núm. 240. Última actualización 28 de marzo de 2014. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2011/BOE-A-2011-15623-consolidado.pdf>
  10. Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Boletín Oficial del Estado, 24 de abril de 2012, núm. 98. Última actualización 1 de julio de 2017. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2012/BOE-A-2012-5403-consolidado.pdf>
  11. Real Decreto 278/1980, de 25 de enero, sobre transferencia de competencias de la Administración del Estado al Consejo del País Valenciano en materia de Actividades Molestas, Insalubres, Nocivas y Peligrosas, Cultura y Sanidad. Boletín Oficial del Estado, 20 de febrero de 1980, núm. 44. p. 4009-15. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1980/02/20/pdfs/A04009-04015.pdf>

12. Real Decreto 1612/1987, de 27 de noviembre, sobre traspaso a la Comunidad Valenciana de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud. Boletín Oficial del Estado, 30 de diciembre de 1987, núm. 312. p. 38171-76. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1987/12/30/pdfs/A38171-38176.pdf>
13. Ley Orgánica 5/1982, de 1 de julio, de Estatuto de Autonomía de la Comunidad Valenciana. Boletín Oficial del Estado, 10 de julio de 1982, núm. 164. Última actualización 28 de diciembre de 2022. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1982/BOE-A-1982-17235-consolidado.pdf>
14. Ley Orgánica 1/2006, de 10 de abril, de Reforma de la Ley Orgánica 5/1982, de 1 de julio, de Estatuto de Autonomía de la Comunidad Valenciana. Boletín Oficial del Estado, 11 de abril de 2006, núm. 86. p. 13934-54. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2006/04/11/pdfs/A13934-13954.pdf>
15. Ley 5/2013, de 23 de diciembre, de Medidas Fiscales, de Gestión Administrativa y Financiera, y de Organización de la Generalitat. Boletín Oficial del Estado, 31 de enero de 2014, núm. 27. p. 6479-611. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2014/01/31/pdfs/BOE-A-2014-970.pdf>
16. Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de Salud de la Comunitat Valenciana. Boletín Oficial del Estado, 10 de febrero de 2015, núm. 35. p. 11133-81. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2015/02/10/pdfs/BOE-A-2015-1239.pdf>
17. GVA: Generalitat Valenciana [Internet]. Valencia: Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública (CSUiSP); [citado 12 mar 2023]. Disponible en: <https://www.gva.es/va/inicio/presentacion>
18. GVA: Generalitat Valenciana [Internet]. Valencia: Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública (CSUiSP); [citado 12 mar 2023]. Departamento

- de salud de Castellón. Disponible en:  
<https://castellon.san.gva.es/portada>
19. Ley 3/2003, de 6 de febrero, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Valenciana. Boletín Oficial del Estado, 5 de marzo de 2003, núm. 55. p. 8680-95. Disponible en:  
<https://www.boe.es/boe/dias/2003/03/05/pdfs/A08680-08695.pdf>
20. Generalitat Valenciana: Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. IV Plan de Salud 2016-2020 Comunidad Valenciana [Internet]. 2016 [citado 12 mar 2023]. p. 1-238. Disponible en:  
[https://www.san.gva.es/documents/157385/6431837/20160624\\_actualizado\\_IV+Plan+de+Salud.pdf](https://www.san.gva.es/documents/157385/6431837/20160624_actualizado_IV+Plan+de+Salud.pdf)
21. Generalitat Valenciana: Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Objetivos del V Plan de Salud de la Comunidad Valenciana 2022-2030 [Internet]. 2023 [citado 12 mar 2023]. p. 1-9. Disponible en:  
<https://www.san.gva.es/documents/10398056/10418277/OBJETIVOS+V+PLAN+DE+SALUD.pdf>
22. Generalitat Valenciana: Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Resumen: Ficha técnica de los Indicadores de los Acuerdos de Gestión 2022 [Internet]. 2022 [citado 12 mar 2023]. p. 1-12. Disponible en:  
[https://www.san.gva.es/documents/9673915/9688375/RESUMEN\\_INDICADORES\\_AG2022\\_CAS.pdf](https://www.san.gva.es/documents/9673915/9688375/RESUMEN_INDICADORES_AG2022_CAS.pdf)
23. Real Decreto 1657/1977, de 20 de mayo, por el que se crea la especialidad médica de «Cirugía pediátrica». Boletín Oficial del Estado, 9 de julio de 1977, núm. 163. p. 15480. Disponible en:  
<https://www.boe.es/boe/dias/1977/07/09/pdfs/A15480-15480.pdf>
24. Asociación de Cirugía Pediátrica y Especialidades de Levante (ACPEL) [Internet]. Valencia: ACPEL; 2014 [citado 12 mar 2023]. Disponible en:  
<https://acpel.org/>

25. Gorrotxategi Gorrotxategi PJ y grupos de trabajo de AEPAP y SEPEAP et al. Necesidad de pediatras de Atención Primaria. Plazas de Pediatría en Atención Primaria vacantes y necesidad de formación específica en esta área competencial. Rev Pediatr Aten Primaria [online]. 2021, 23 (90). 65-79. ISSN 1139-7632. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/pap/v23n90/1139-7632-pap-90-23-e65.pdf>
26. GVA: Generalitat Valenciana [Internet]. Valencia: Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública (CSUiSP); [actualizado 31 dic 2022; citado 12 mar 2023]. Alumbra (Plataforma de Análisis Corporativa).



## 8. ÍNDICES

### Índice de imágenes

Imagen 1. Pirámide poblacional Comunidad Valenciana 2016-2021.

*Fuente: Portal Estadístico Generalitat Valenciana.*

Imagen 2. Pirámide poblacional Castellón 2016-2021.

*Fuente: Portal Estadístico Generalitat Valenciana.*

Imagen 3. Variación población total por provincias (2011-2021).

*Fuente: Portal Estadístico Generalitat Valenciana.*

Imagen 4. Departamentos de salud de la Comunidad Valenciana.

*Fuente: Portal web CSUiSP, Generalitat Valenciana.*

Imagen 5. Valores y principios fundamentales IV Plan de Salud 2016-2020.

*Fuente: IV Plan de Salud Comunidad Valenciana (2016-2020).*

### Índice de figuras

Figura 1. Matriz D.A.F.O.

Figura 2. Matriz C.A.M.E.

### Índice de tablas

Tabla 1. Indicadores de consultas externas.

Tabla 2. Relación consultas presenciales/no presenciales.

Tabla 3. Indicadores de quirófano.

Tabla 4. Relación quirófanos con ingreso/sin ingreso.

Tabla 5. Indicadores de técnicas.



Tabla 6. Indicadores de demora.

Tabla 7. Indicadores de hospitalización.

Tabla 8. Indicadores de urgencias.

Tabla 9. Indicadores de docencia e investigación.

## Índice de abreviaturas

AP: Atención Primaria

CAME: Corregir, Afrontar, Mantener y Explotar.

CGI: Cirugía General Infantil.

CMA: Cirugía Mayor Ambulatoria.

CMI: Cirugía Mínimamente Invasiva.

COVID: enfermedad por coronavirus.

CSUiSP: *Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.*

DAFO: Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades.

EDA: Endoscopia Digestiva Alta.

HDP: Hospital de Día Pediátrico.

HGUCS: Hospital General Universitario de Castellón.

INSALUD: Instituto Nacional de la Salud.

ISO: *Internacional Organization for Standardization.*

LEQ: Lista de Espera Quirúrgica.

SINEA: Sistema de Notificación de Eventos Adversos.

SIP: Sistema de Información Poblacional.

SMART: acrónimo inglés de “*specific*” (específico), “*measurable*” (medible), “*attainable*” (alcanzable), “*relevant*” (relevante) y “*timely*” (a tiempo).

SVS: Sistema Valenciano de Salud.

TFM: Trabajo Fin de Máster.

TICs: Tecnologías de la Información y Comunicación.

UHD: Unidad de Hospitalización a Domicilio.

UJI: Universidad Jaime I.

