

MEMORIA 2002
ORL

INDICE

1-TITULO.

2-INTRODUCCION.

2.1-Definición y campo de acción.

2.2-Historia de la especialidad.

3-CONOCIMIENTOS Y MEDIOS.

3.1-Contenido de la especialidad.

3.1.1-Introducción.

3.1.2-Definición de la especialidad.

3.1.3-Objetivos generales de la formación.

3.1.4-Contenidos específicos.

3.1.5-Rotaciones.

3.1.6-Objetivos específico-operativos.

3.2-Recursos humanos.

3.3-Recursos materiales.

3.3.1-Áreas Sanitarias.

3.3.2-Hospitales.

3.3.3-Centros de Especialidades Periféricos.

3.3.4-Prestaciones.

3.3.5-Comisiones Clínicas

3.3.6-Infraestructura Tecnológica.

3.3.7-Informática Hospitalaria.

3.4-Unidades de Patología.

4-ANALISIS DE LAS FUNCIONES.

4.1-Asistencial.

4.1.A-Consulta externas.

4.1.B-Área de hospitalización.

4.1.C-Atención de Urgencias y Emergencias Médicas.

4.1.D-Área Quirúrgica.

4.1.E-Atención continuada.

4.1.F-Realización de Técnicas diagnósticas especiales.

4.1.G-Miscelánea.

4.2-Docente.

4.3-Investigadora.

4.4-Administrativa.

4.5-La organización del trabajo.

5-NIVEL DE RESPONSABILIDAD.

5.1- Los deberes del médico especialista.

5.2- Responsabilidades derivadas de las normas.

- 5.2.1–Deberes derivados del vinculo estatutario.
- 5.2.2–**Deberes** derivados de las normas deontológicas.
- 5.2.3–Responsabilidad Institucional.
- 5.2.4–Responsabilidad penal.
- 5.2.5–Clasificación de las faltas.

6–IMPORTANCIA QUE LAS FUNCIONES QUE HAYAN DE DESEMPEÑARSE TENGAN EN LA ORGANIZACIÓN.

- 6.1– Cartera de servicios del Insalud.
- 6.2– El control de calidad en el Insalud.

7– PROPUESTAS DE MEJORA CONTINUA DEL SERVICIO.

8– BIBLIOGRAFÍA.

1- TITULO

MEMORIA DE LA ESPECIALIDAD DE OTORRINOLARINGOLOGÍA.

Autor: Felipe Benítez Camacho

Especialista en Otorrinolaringología.

Presentada por Felipe Benítez Camacho, DNI, en virtud de la orden del 4 de diciembre de 2001 (BOE 295 /2001 de 10 de diciembre) por la que se convoca proceso extraordinario de consolidación de empleo para la selección y provisión de plazas de Facultativo Especialista de Área de Otorrinolaringología en las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social dependientes del INSALUD.

En _____ a _____ de _____ de 2002

2- INTRODUCCIÓN

La presente Memoria de la Especialidad pretende exponer, de un modo sistemático y conciso, las bases del conocimiento y las distintas funciones que el especialista en Otorrinolaringología debe tener en el Marco de la Sanidad Pública del Sistema Nacional de Salud.

2.1-Definición y campo de acción.

2.2-Historia

3- CONOCIMIENTOS Y MEDIOS.

Para ejercer una especialidad es preciso estar en posesión del título de Especialista correspondiente. El RD 127/1984, de 11 de enero, regula la formación Médico Especialista en nuestro País.

Los requisitos para la obtención de del título médico especialista son:

- Estar en posesión del título de Licenciado en Medicina y Cirugía.
- Haber realizado íntegramente la formación en la especialidad correspondiente con arreglo a los programa que se determinen en los cuales quedaran claramente especificados y cuantificados los contenidos de los mismos.

Dichos programas serán propuestos por las correspondientes Comisiones Nacionales de Especialidad y ratificados por el Consejo Nacional de Especialidades Médicas y deben ser aprobados por el Ministerio de Educación y Ciencia, previo informe del de Sanidad y Consumo.

Por tanto, los conocimientos requeridos con carácter general serán los que determina los programas de formación de cada una de las especialidades.

3.1-Contenido de la especialidad.

3.1.1- Introducción.

La Otorrinolaringología comprende un amplio campo de estudio y quehacer quirúrgico sobre un área compleja en la que el nexo de unión la pertenencia de forma fundamental o secundaria a la vía aérea digestiva superior, encubre en muchas ocasiones situaciones netamente diferenciadas en cuanto al método diagnóstico y a la técnica quirúrgica. Esta complejidad se inicia en el desarrollo prenatal, ya que el área objeto de estudio de esta especialidad se inicia a expensas del extremo cefálico del embrión donde todo tiende a ser diferente. En ese marco se forma la cara y el cuello, y dentro de la primera se alojan los órganos de los sentidos del oído, olfato y gusto además de abrirse las dos vías fundamentales de aporte vital para el mantenimiento del individuo: las vías aérea y digestiva. Por otra parte, el tallo que une estas estructuras con el resto del organismo el cuello es inseparable de las áreas específicas de la especialidad, ya que por él discurren las vías antes citadas además de poseer la laringe, órgano capital para la comunicación.

La Otorrinolaringología podía ser definida como un pilar fundamental de la comunicación, ya que a través de los órganos de los sentidos objeto de su estudio (oído, olfato y gusto) se recibe información sobre el medio circundante. Además, el sistema vestibular central integra las aferencias que, desde los receptores del laberinto posterior y las terminaciones propioceptivas cervicales, van a proporcionar conocimiento de la situación espacial y a generar reflejos que permitan el mantenimiento del tono muscular y el equilibrio. Si esto es así en el terreno de la recepción procesamiento de la información externa, cabe decir lo mismo en el campo de la proyección al mundo exterior a través de la formación.

Este conjunto de órganos se altera en los procesos patológicos que inciden en las vías nerviosas aferentes o eferentes, o por procesos inflamatorios, traumáticos y tumorales que asientan sobre los órganos receptores o efectores, debiendo ser restablecida la normalidad al mejor nivel posible. En otras ocasiones, la actuación quirúrgica sobre estas enfermedades va a crear alteraciones en la comunicación, siendo necesario paliar quirúrgicamente las consecuencias creadas por la extirpación o lesión de estructuras fundamentales en la vida de relación

Como se ha dicho anteriormente, el origen y parte del trayecto de las vías aerodigestivas caen dentro de la competencia de la Otorrinolaringología. Son numerosos los procesos de diverso origen que inciden sobre ellas y que, en determinados casos, lo

hacen simultáneamente sobre otras estructuras cervicales y faciales importantes (carótida, mediastino superior, órbita, fosa craneal anterior, etc.) Siendo, por lo tanto, inexcusable el conocimiento anatómico de toda esta encrucijada.

Al margen de los límites objetivos de la especialidad y de los que uno mismo se marque, la medicina actual se entiende como un trabajo en equipo, por lo que el otorrinolaringólogo debe cultivar la interrelación con patólogos, radiólogos, radioterapeutas, oncólogos, endocrinólogos, oftalmólogos, neurocirujanos, cirujanos plásticos, cirujanos generales, cirujanos máxilo-faciales, cirujanos torácicos, etc., lo que permitirá un enriquecimiento mutuo y la consecución del objetivo principal de la Medicina, proporcionar bienestar físico y moral a los enfermos.

3.1.2– Definición de la especialidad.

La Otorrinolaringología comprende el conjunto de conocimientos teórico-prácticos necesarios para el diagnóstico y tratamiento médico-quirúrgico de la patología infecciosa, oncológica, traumática, congénita y degenerativa del oído, las nasales y senos paranasales, faringe y laringe.

3.1.3– Objetivos generales de la formación.

El amplio marco de la Otorrinolaringología requiere que el programa provea una formación médica y quirúrgica en las siguientes áreas: morfología, embriología, biología celular, fisiología, farmacología, anatomía patológica, microbiología, bioquímica, genética molecular e inmunología en los aspectos relacionados con la especialidad; vías respiratorias y digestivas superiores; ciencias de la comunicación, incluyendo el conocimiento de la patología del lenguaje; sentidos del gusto y del olfato; endocrinología y neurología en su relación con la especialidad. La formación en anatomía debe incluir la disección en el cadáver de la cara, cuello, hueso temporal y áreas próximas. La formación en anatomía patológica debe hacerse con el patólogo que estudie los especímenes quirúrgicos y las biopsias y que realice las necropsias de los pacientes del servicio de ORL.

Mayor profundización debe obtenerse en el campo de la audiolología y de la exploración vestibular, así como en otras técnicas electrofisiológicas aplicadas en la especialidad, en la interpretación de las técnicas de imagen, en la endoscopia rígida y flexible, y en las técnicas de rehabilitación auditiva, vestibular; respiratoria, de la deglución y de la voz.

Un aspecto fundamental del programa es la experiencia quirúrgica. Aunque no es posible que todos los residentes adquieran experiencia en cada uno de los procedimientos operatorios, el número y variedad de las intervenciones realizadas debe abarcar los distintos campos de la especialidad, de forma que tenga los fundamentos quirúrgicos para acometer con éxito intervenciones no hechas en el período formativo. Es muy importante que al finalizar el período formativo las intervenciones realizadas por los residentes de un servicio sean similares en cantidad y calidad, a fin de no producir desequilibrios en la formación de unos respecto a otros.

El programa debe facultar la adquisición de experiencia de forma progresiva planificada bajo supervisión, ya sea en la consulta externa o en el quirófano, de manera que al finalizarlo el residente pueda tomar decisiones diagnósticas y terapéuticas solidamente asentadas.

La formación teórica, que debe hacerse mediante el sistema de tutorías, es otro aspecto destacado del programa. Para ello es aconsejable programar conferencias sobre ciencias básicas dadas por personas con experiencia en la materia que se trate, a las que asistan los residentes y los médicos de plantilla. Es esencial que los médicos de plantilla participen en la educación en ciencias básicas y haya una interacción con los residentes.

Además, se deben programar seminarios sobre temas clínicos, sesiones clínicas de mortalidad y morbilidad, de tumores, y sesiones interdisciplinarias.

3.1.4– Contenidos específicos.

A) TEÓRICOS:

Al finalizar su período formativo, los residentes deben estar en posesión de los conocimientos que se sintetizan en el programa que se expone a continuación. Dicho programa debe entenderse como los mínimos teóricos requeridos para obtener una formación completa, siendo plausible toda ampliación o profundización que se haga sobre el mismo. La adquisición de los conocimientos que entraña este programa debe hacerse a través de la asistencia o impartición de seminarios monográficos, participación en sesiones bibliográficas, asistencia a cursos de especialización o del doctorado, sobre todo mediante el estudio personal tutorizado, a lo largo de los cuatro años de formación.

Temas:

- Bases filogénicas y ontogénicas de la Otorrinolaringología (ORL).
- Anatomía aplicada del oído externo y medio.
- Examen del oído externo y medio. Exploración del pabellón auricular y del conducto auditivo externo. Otoscopia microscópica. Exploración de la trompa de Eustaquio.
- Anatomía aplicada del oído interno.
- Anatomía y Fisiología del nervio facial.
- Vías auditiva y vestibular.
- Anatomía aplicada de las fosas nasales y senos paranasales. Vía olfatoria.
- Examen de la nariz, fosas nasales, senos paranasales rinoscopia, endoscopia y antroscopia. Semiología nasosinusal.
- Anatomía aplicada de la rino, oro e hipofaringe.
- Anatomía aplicada de la cavidad oral y de las glándulas salivales.
- Anatomía aplicada de la laringe.
- Exploración de la faringe y laringe. Endoscopia faringo-laríngea y microlaringoscopia.
- Anatomía aplicada de la traquea y del esófago.
- Anatomía topográfica y quirúrgica de las regiones del cuello.
- Física del sonido. Mecanismos de la transmisión del sonido en el oído externo y medio.
- Fenómenos mecánicos y bioeléctricos endococleares. Transmisión del influjo nervioso auditivo. Fisiología de las áreas auditivas corticales y subcorticales.
- Estímulos específicos de los receptores vestibulares. Fisiología de las crestas y máculas.
- Fisiología del sistema vestibular central. Organización de los reflejos vestibulo-oculares y vestibulo-espinales y su interacción con otros sistemas. Organización de los movimientos oculares y características de los mismos.
- Fisiología de las fosas nasales y senos paranasales. Fisiología de la olfacción.
- Fisiología de la cavidad oral y de las glándulas salivales. Mecanismos periféricos de la gustación y fisiología de las proyecciones centrales.
- Fisiología de la faringe. Mecanismos de la deglución.
- Fisiología de la laringe.
- Desarrollo de los mecanismos del lenguaje.
- Fisiología de las glándulas tiroideas y paratiroides. Pruebas de la función tiroidea.
- Bacteriología aplicada a la ORL. Enfermedades virales y micóticas.
- Manifestaciones otorrinolaringológicas del SIDA.

- Principios básicos de inmunología y su aplicación a las enfermedades infecciosas y neoplásicas en ORL.
- Bases anatómicas y experimentales de los colgajos. Microcirculación cutánea y factores que la influyen.
- Acumetría. Audiometría tonal liminar y supraliminar.
- Audiometría vocal normal y sensibilizada. Audiometría infantil.
- Audiometría por respuestas eléctricas.
- Otoemisiones acústicas.
- Fisiopatología de la audición.
- Bases físicas de las prótesis auditivas. Tipos de prótesis y sus características.
- Exploración clínica del sistema vestibular Principios de la Electronistagmografía. Pruebas calóricas y rotatorias.
- Semiología del nistagmus espontáneo y provocado.
- Exploración del sistema oculomotor y significado de sus alteraciones. Posturografía.
- Fisiopatología del laberinto posterior.
- Diagnóstico por la imagen de la patología: oído medio e interno, base de cráneo, fosas y senos paranasales, faringe, laringe y patología cervical.
- Anatomía radiológica de las principales proyecciones sobre el oído medio y sus alteraciones. Radiografías simples, politomografías y TAC.
- Exploración radiológica del oído interno, ángulo pontocerebeloso y agujero rasgado posterior Principales proyecciones y técnicas radiológicas.
- Exploración radiológica de las fosas nasales y senos paranasales. Radiografías simples, tomografías y TAC.
- Semiología faringo-laríngea.
- Exploración radiológica de la rino, oro e hipofaringe y glándulas salivales. Examen con contraste, TAC y ortopantomografía.
- Exploración radiológica de la laringe. Tomografía, laringografía. TAC y cuello.
- Exploración endoscópica y radiológica del esófago y árbol traqueobronquial.
-
- Exploración y semiología foniátrica.
- Exploración del nervio facial: electrogustometría, electromiografía, test de salivación y lagrimación. Topodiagnóstico de las parálisis faciales y diagnóstico por imagen.
- Farmacología clínica en ORL (I). Terapéutica antiinflamatoria. Tratamiento del dolor Mucolíticos y protectores del epitelio.
- Farmacología clínica en ORL (II). Antibióticos. Vasodilatadores y enfermedades del oído interno.
- Principios de la radioterapia y su aplicación en ORL.
- Acción de los principales citostáticos. Aplicación de la quimioterapia en ORL.
- Patología de la pirámide nasal y el vestíbulo. Patología del séptum nasal. Septorrinoplastia.
- Traumatismos nasofaciales. Rinorrea cerebroespinal.
- Epistaxis. Atresias y cuerpos extraños nasales.
- Rinitis agudas y crónicas inespecíficas. Manifestaciones nasales de las enfermedades infecciosas.
- Rinitis específicas y granulomas malignos.

- Patología general de la sinusitis. Sinusitis maxilares agudas y crónicas. Sinusitis frontales agudas y crónicas. Sinusitis posteriores. Complicaciones de las sinusitis.
- Rinopatía alérgica y poliposis nasal.
- Cirugía endoscópica rino-sinusal.
- Algas craneofaciales.
- Patología de la cavidad oral y de las glándulas salivales.
- Fisiopatología del anillo de Waldeyer. Faringitis inespecíficas agudas y crónicas. Amigdalitis agudas y crónicas inespecíficas. Hipertrofia adenoidea. Cirugía de las amígdalas y adenoides. Complicaciones quirúrgicas.
- Infección focal y complicaciones de las amigdalitis. Amigdalitis y faringitis específicas. Patología faríngea en las enfermedades infecciosas y en las hemopatías.
- Malformaciones, cuerpos extraños y traumatismos de la faringe y de la laringe.
- Síndrome de apnea del sueño y roncopatía crónica. Estudio y tratamiento.
- Laringitis agudas y crónicas inespecíficas. Laringitis específicas.
- Laringitis infantiles: factores condicionantes y formas de presentación.
- Pseudotumores de laringe. Papilomatosis infantil. Quistes y laringóceles.
- Parálisis faringo-laríngeas. Fisiopatología, topodiagnóstico, características clínicas y terapéuticas.
- Indicaciones y complicaciones de la traqueotomía e intubación. Cirugía de las estenosis laringotraqueales.
- Cuerpos extraños esofágicos y traqueales. Patología esofágica y traqueal.
- Trastornos de la fonación y del lenguaje.
- Patología no tumoral de la glándula tiroides y paratiroides.
- Epidemiología del cáncer de cabeza y cuello. Bases moleculares y genéticas del cáncer. Mecanismos inmunológicos contra la oncogénesis.
- Granulomas y distrofias del temporal. Tumores benignos y malignos del temporal.
- Tumores del ángulo pontocerebeloso. Neurinoma del acústico.
- Vías de abordaje en tumores de la base del cráneo.
- Tumores de las fosas nasales y senos paranasales. Indicaciones y técnicas de tratamiento físico y quirúrgico.
- Tumores de la rinofaringe.
- Tumores de la cavidad oral y de la orofaringe. Clasificación según su localización. Indicaciones terapéuticas y técnicas quirúrgicas. Cirugía parcial y radical.
- Lesiones precancerosas y tumores benignos de la laringe.
- Tumores malignos de la laringe. Factores etiopatogénicos. Vías de difusión. Clínica y evolución.
- Cirugía del cáncer de la laringe. Rehabilitación del laringectomizado. Recuperación de la voz e integración social.
- Patología del pabellón auricular y del conducto auditivo externo.
- Mecanismos de defensa del oído ante las infecciones. Otitis media aguda supurada y mastoiditis. Otitis necrosante y otitis vírica.
- Otitis secretora y sus secuelas. Patología tubárica.
- Otitis crónicas supuradas. Colesteatoma.
- Procesos residuales de las otitis medias. Timpanoesclerosis. Cirugía de las

- otitis crónicas. Indicaciones y técnicas de Timpanoplastias.
- Complicaciones intratemporales y endocraneales de las otitis.
- Clasificación, vías de prolongación, características clínico-patológicas y tratamiento.
- Malformaciones congénitas del oído externo, medio e interno
- Otosclerosis y su tratamiento quirúrgico.
- Patología traumática del oído y del temporal.
- Hipoacusias neurosensoriales en la infancia: causas prenatales, neonatales y postnatales.
- Implantes cocleares. Implantes osteointegrados.
- Sordomudez. El lenguaje del sordomudo. Rehabilitación del sordomudo y del niño con hipoacusia grave.
- Ototoxicidad. Mecanismo de acción y características clínicas.
- Hipoacusia brusca. Clasificación de las presbiacusias y características clínicas.
- Traumatismo sonoro. Hipoacusias profesionales. Efectos socio psicológicos de la exposición al ruido.
- Tipos de acúfenos y su evaluación objetiva. Adaptación de prótesis auditivas en función del tipo de hipoacusia.
- Síndromes vestibulares periféricos: Enfermedad de Meniere, neuronitis y vértigo posicional paroxístico.
- Tratamiento médico y quirúrgico del vértigo.
- Síndromes vestibulares centrales y alteraciones oculomotoras.
- Parálisis facial: clasificación, etiopatogenia y síntomas.
- Parálisis facial: diagnóstico topográfico y tratamiento.
- Cirugía del nervio facial intra y extrapetroso.
- Aplicación del láser en la cirugía ORL.

B) ACTIVIDADES PRÁCTICAS

A continuación se reseñan los mínimos quirúrgicos a realizar durante el período formativo por cada residente como cirujano principal.

<i>Tipo de intervención</i>	<i>Número de casos</i>
Drenajes transtimpánicos	20-30
Miringoplastia	10-15
Reconstrucción tímpano-osicular	10-15
Tímpanoplastia con mastoidectomía	5-10
Radical mastoidea	5-10
Estapedectomía	5-10
Septoplastia	10-20
Polipectomía intranasal	5-10
Caldwell-Luc	35
Adenoidectomía y amigdalectomía	20-30
Microcirugía laríngea	15-20
Traqueotomía	10-15
Vaciamiento cervical funcional o radical	10-15
Laringuectomía total	5-10
Laringuectomía parcial (corpectomía y supraglótica)	3-5

Además, los residentes deberán participar como ayudantes al menos en el 60% de la cirugía mayor realizada por los médicos de plantilla.

Por otra parte, es condición indispensable que cada servicio tenga un lugar y equipamiento para la disección de huesos temporales de cadáveres, debiendo cada residente hacer un mínimo de 10 disecciones antes de pasar a la cirugía en vivo.

Guardias

Es imprescindible que los residentes realicen guardias en el servicio de urgencias con presencia física, bajo la supervisión de un médico de plantilla. La atención de estas urgencias les ayudará a diagnosticar y resolver problemas agudos poco frecuentes en la consulta externa diaria, tales como flemones periamigdalinos, mastoiditis, epistaxis, cuerpos extraños en las vías aéreas, digestivas o en el conducto auditivo, etc. Las guardias de los residentes no deben ser excesivas en número, a fin de no perturbar su actividad programada.

3.1.5– Rotaciones.

Residentes de primer año:

Durante el primer año de residencia deben asistir a las consultas externas, donde realizarán las historias clínicas y aprenderán los procedimientos exploratorios básicos, así como las técnicas quirúrgicas ambulatorias, como punciones de senos, biopsias, etc., estando en esto último supervisados por otro residente o un miembro de la plantilla. En el quirófano actuarán como ayudantes, asistiendo también a la planta de hospitalización. Durante este año, igualmente, deben familiarizarse con las distintas técnicas de diagnóstico por imagen e histopatológico en los aspectos relacionados con la especialidad. Para ello deben asistir a los servicios de Radiodiagnóstico y Anatomía Patológica, donde estudiarán dichos aspectos bajo la supervisión de los facultativos responsables del área de cabeza y cuello.

Residentes de segundo año:

Rotarán todo el año por las distintas áreas del servicio, como consultas externas, planta de hospitalización y quirófano. En las consultas externas atenderán primeras visitas y aprenderán las técnicas exploratorias habituales, tales como audiometrías en sus distintas variantes, impedanciometría y exploración vestibular y del sistema oculomotor. En el quirófano ayudarán en las intervenciones mayores, iniciándose como cirujanos en las menores (amigdalectomías y adenoidectomías, septoplastias, cirugía de los senos paranasales, quistes del conducto tirogloso, microcirugías laríngeas, traqueotomías, etc.). En lo referente a la planta de hospitalización participarán junto a miembros de la plantilla en las actividades propias de la misma, tales como visita a los enfermos, elaboración de informes, evaluación de consultas intrahospitalarias y curas.

Residentes de tercer año:

Rotarán de igual forma que los residentes de segundo curso por las distintas partes del servicio, con la salvedad de que en la consulta actuarán con más autonomía, sentando indicaciones diagnósticas y terapéuticas, que deben ser refrendadas por un médico de la plantilla. En el quirófano, además de las intervenciones del año anterior actuarán como cirujanos, con la ayuda de un médico de la plantilla, en laringectomías totales y supraglóticas, cordectomías, vaciamientos cervicales funcionales y radicales. Actuarán como ayudantes en el resto de las intervenciones oncológicas más complejas y en la cirugía otológica. En este año realizará un programa de fresado del hueso temporal, debiendo completar un mínimo de 10 huesos temporales antes de pasar a hacer cirugía en vivo.

Residentes de cuarto año:

Pondrán especial dedicación en las rotaciones por audiología y exploración vestibular. En el quirófano realizarán intervenciones mayores de otología. En la consulta realizarán las mismas funciones que los residentes de tercer año, aunque con mayor grado de autonomía, al igual que en la planta de hospitalización.

3.1.6– Objetivos específico–operativos.

A) HABILIDADES:

Nivel 1: El residente debe alcanzar autonomía completa durante su período formativo, sin necesidad de tutorización directa, para efectuar las actividades que se describen a continuación:

1.^{er} año:

- Resolución de las urgencias no quirúrgicas.
- Elaboración de la historia clínica y exploración general.
- Exploración audiométrica general.
- Realización de los informes de alta hospitalaria.
- Seguimiento del postoperatorio de los enfermos ingresados.
- Biopsias, punciones de senos y miringotomías

2.^o año:

- Preparación de sesiones bibliográficas.
- Exposición de temas en seminarios monográficos,
- Interpretación de las técnicas por imagen.
- Técnicas de exploración endoscópica rígida y flexible.
- Traqueotomías.
- Amigdalectomía y adenoidectomía.
- Drenajes transtimpánicos.
- Microcirugías laríngeas.

3.^{er} año:

- Septoplastia.
- Polipsectomía intranasal y Caldwell–Luc.
- Adenopatías no metastásicas, quistes y fístulas cervicales,

4.^o año:

- Miringoplastia.
- Vaciamiento radical y funcional de cuello.

Nivel 2: Dichas habilidades deben ser practicadas por los residentes durante su período de formación, aunque no se alcance necesariamente la autonomía completa para su realización:

- Interpretación de la exploración auditiva por potenciales evocados.
- Interpretación de la exploración ENG del sistema vestibular y oculomotor.
- Cirugía funcional y radical del cáncer de laringe.
- Cirugía de las estenosis laringotraqueales.
- Cirugía del tiroides y de las paratiroides.
- Timpanoplastias con mastoidectomía y reconstrucción osicular.
- Estapedectomía.

- Preparación de comunicaciones a congresos y publicaciones.

Nivel 3: En este nivel se especifican las habilidades que requieren un período de formación adicional del especialista una vez completada la formación general.

- Cirugía de los grandes tumores, faríngeos y nasosinuales.
- Cirugía endoscópica nasosinusal, etc.

B) ACTIVIDADES CIENTÍFICAS E INVESTIGADORAS

El período de residencia debe aportar las bases para que los médicos implicados en él adquieran las herramientas imprescindibles para la elaboración de trabajos científicos, ya sea clínicos o de investigación. Para ello, se debe ir implicando de forma progresiva a los residentes en los trabajos científicos que se hacen en la unidad docente.

Dentro de este campo es también muy conveniente como vía de iniciación a la investigación, ya clínica o experimental, que los residentes inicien la tesis doctoral durante su período formativo, debiendo de contar para ello con la supervisión del responsable del programa docente.

La investigación ofrece una importante oportunidad para aplicar las ciencias básicas a los problemas clínicos, siendo una parte esencial en la preparación de los residentes para su autoeducación una vez que hayan finalizado su período formativo. Es esencial que el programa proporcione una experiencia investigadora estructurada que sea suficiente para comprender los principios básicos del diseño de un estudio, realización del mismo, análisis y publicación.

3.2–Recursos humanos.

En el Mapa de recursos del Insalud del año 2000 se constata la existencia de 81 Servicios de Otorrinolaringología de 90 Hospitales, con 690 facultativos. Esto representa 4.5 especialistas/100.000 habitantes y 1.7 especialistas/100 camas. Se realizaban Implantes Cocleares en 14 servicios y Potenciales Evocados en 45.

El servicio de Otorrinolaringología cuenta con una estructura de personal común al resto de los servicios:

- **Jefe de Servicio o de Departamento.** Es el responsable de la programación y gestión de la actividad del servicio.
- **Jefes de Sección.** Tienen a su cargo parcelas concretas de la especialidad o unidades clínicas específicas.
- **Facultativos especialistas de área o adjuntos.** Se encargan directamente de la asistencia en las áreas de consulta externa, urgencias, hospitalización y quirófano; de la docencia, de la investigación y de las funciones administrativas básicas del servicio.
- **Foniatra.** La Patología del Lenguaje es la gran olvidada junto con la Terapia Ocupacional y la Psicología de los Programas de Rehabilitación. El Foniatra, especialista en patología del lenguaje, tiene una procedencia en España de la Medicina de Rehabilitación y de la Otorrinolaringología (Está en vías de estudios una nueva área de conocimiento, de doble procedencia).
 1. Realizará la exploración, diagnóstico y tratamiento de las perturbaciones y trastornos del desarrollo del lenguaje como afasias, disartrias, disfemias,

- dislalias, disglosias y alteraciones de la voz como endocrinofonías, disfonías y psicofonías.
2. El tratamiento será tanto a la población adulta como la infantil.
 3. Valorará la urgencia del tratamiento y participará en la revisión conjunta que haya lugar, del proceso rehabilitador en general.
- **Logopeda.** Profesionales encargados de realizar la terapéutica de la patología del lenguaje, fonación y comunicación humanos, siguiendo las indicaciones y pautas del Foniatra. Sus funciones son:
 1. Practicar técnicas de relajación en determinadas terapias, programando estudios de atención y concentración.
 2. Efectuar y adiestrar en ejercicios respiratorios a los pacientes de diversas patologías que lo requieran.
 3. Efectuar y adiestrar en ejercicios deglutorios a los pacientes de diversas patologías que lo requieran.
 4. Realizar ejercicios determinados de psicomotricidad. Orientación a familiares de pacientes con afasias, disfonía, dislalias, laringectomizados, etc.
 - En los servicios con docencia postgrado **Médicos Internos Residentes.**
 - **Personal de enfermería.** Deben tener conocimientos sobre la especialidad ya que se encargan del mantenimiento del instrumental y del aparataje, de la farmacia del servicio y de la realización de algunas pruebas especiales (por Ej.: audiometría, impedanciometría, otoemisiones acústicas...); además de las funciones comunes al puesto de trabajo. Consideración aparte debe tener el personal de quirófano en cuanto a la complejidad que requiere el manejo y mantenimiento del instrumental y aparataje usado. Con frecuencia no es posible contar con personal fijo en el quirófano de Otorrinolaringología por lo que se contará con el personal que designe el Supervisor de enfermería.
 - **Auxiliar de Enfermería.** Ayudar a los pacientes especialmente a los que carecen de autonomía propia en aseo e higiene personal, vestido y actividades de la vida diaria cualesquiera que sea el nivel asistencial, en áreas de consulta externa o áreas terapéuticas. Mantenimiento del instrumental, mobiliario clínico, aparataje, lencería. Control diario al final de la jornada laboral de todas las instalaciones del servicio, dejándolas en perfecto uso. Colaborar con médicos y resto de profesionales a realizar adecuadamente su labor.
 - **Personal no sanitario.** Salvo en el contadas ocasiones, como por ejemplo servicios con secretaría propia, el personal no sanitario es común al resto del hospital:
 - o Celadores.
 - o Personal de Limpieza.
 - o Personal de Lavandería.
 - o Personal de Cocina.
 - o Personal de Mantenimiento.
 - o Personal de Informática.
 - o Personal de Administración.

3.3–Recursos materiales.

3.3.1–Áreas Sanitarias.

La Ley General de Sanidad, establece que “**Las áreas de Salud son las estructuras fundamentales del sistema sanitario**, responsabilizadas de la **gestión unitaria de los centros** y establecimientos del Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma en su demarcación territorial y de las **prestaciones sanitarias y programas sanitarios** a desarrollar por ellos”, “En el **nivel de Atención Especializada**, a realizar en los hospitales y centros de especialidades dependientes funcionalmente de aquellos, se prestará la **atención de mayor complejidad a los problemas de salud** y se desarrollaran las demás funciones propias de los hospitales”.

El Área de Salud se delimitará por la Comunidad Autónoma. Cada Área de Salud dispondrá, al menos, de un hospital general, con los servicios que aconseje la población a asistir. Las Áreas de Salud contarán, como mínimo, con los siguientes órganos:

1. De **participación**: El **Consejo de Salud** de Área. Los Consejos de Salud de Área son órganos colegiados de participación comunitaria para la consulta y el seguimiento de la gestión.
2. De **dirección**: El **Consejo de Dirección** de Área. Los Consejos de Dirección del Área de Salud formulan las directrices en política de salud y controlan la gestión del Área, dentro de las normas y programas generales establecidos por la Administración autonómica.
3. De **gestión**: El **Gerente** de Área. El Gerente del Área de Salud es el órgano de gestión de la misma. Será el encargado de la ejecución de las directrices establecidas por el Consejo de Dirección, de las propias del Plan de Salud del Área y de las normas correspondientes a la Administración autonómica y del Estado. Asimismo presentará los anteproyectos del Plan de Salud y de sus adaptaciones anuales y el proyecto de Memoria Anual del Área de Salud.

3.3.2–Hospitales.

Se consideran hospitales los establecimientos destinados a proporcionar una asistencia médico-clínica, sin perjuicio de que puedan realizarse en ellos además, en la medida que se estime conveniente, medicina preventiva y de recuperación, y tratamiento ambulatorio.

Desde el año 1987 las Instituciones Cerradas pasaron a llamarse Hospitales. Eran Instituciones abiertas los Centros de Especialidades, los Ambulatorios y los Consultorios.

Un hospital es “una parte integrante de la **organización médico-social** que presta **asistencia médico-quirúrgica y sanitaria completa**, tanto preventiva como curativa y de rehabilitación, cuyos servicios externos alcanzan el ámbito familiar; el Hospital es también un **Centro de formación** de personal sanitario y de **investigación**”(OMS).

El artículo 56 de la Ley General de Sanidad, en su apartado B 56.2, nos dice que “En el nivel de Atención Especializada, a realizar en los hospitales y centros de especialidades dependientes funcionalmente de aquellos, se prestará la atención de mayor complejidad a los problemas de salud y se desarrollaran las demás funciones propias de los hospitales”.

El **concepto de HOSPITAL** en la legislación Española, lo encontramos en el **artículo 65 de la Ley General de Sanidad**, que lo define como: “El establecimiento encargado tanto

del internamiento clínico como de la asistencia especializada y complementaria que requiera su zona de influencia". "Cada Área de Salud estará vinculada o dispondrá, al menos, de un hospital general, con los servicios que aconseje la población a asistir, la estructura de ésta y los problemas de salud".

De acuerdo con su función se clasifican en Generales y Especiales, cuando limitan su actividad a una especialidad o una actividad terapéutica concretas. Cuando el Hospital tenga funciones de docencia a estudiantes de Medicina se denominará Hospital Universitario.

El Real Decreto sobre ordenación de **prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud** establece las **modalidades de la asistencia especializada** y nos señala, que "La atención y asistencia sanitaria especializada, una vez superadas las posibilidades de diagnóstico y tratamiento de la atención primaria, comprenderá:

1. La **asistencia ambulatoria especializada en consultas**, que puede incluir la realización de procedimientos quirúrgicos menores.
2. La asistencia ambulatoria especializada en "**hospital de día**", para aquellos pacientes que precisen cuidados especializados continuados, médicos o de enfermería, incluida la cirugía mayor en cuanto no requiera estancia hospitalaria .
3. La asistencia especializada en régimen de **hospitalización**, que incluye la asistencia médica, quirúrgica, obstétrica y pediátrica para procesos agudos, reagudización de procesos crónicos o realización de tratamientos o procedimientos diagnósticos que así lo aconsejen.
4. La atención de la **salud mental** y la **asistencia psiquiátrica**, que incluye el diagnóstico y seguimiento clínico, la psicofarmacoterapia y las psicoterapias individuales, de grupo o familiares y , en su caso, la hospitalización, de acuerdo, con lo especificado en el apartado anterior."

Acceso a la asistencia especializada.

1. Acceso a la asistencia **ambulatoria** especializada. Se realizará por indicación del médico de atención primaria.
2. Acceso a la asistencia en régimen de **hospitalización** . Se realizará por indicación del médico especialista o a través de los servicios de urgencia, cuando el paciente necesite previsiblemente cuidados especiales y continuados, no susceptibles de ser prestados de forma ambulatoria o a domicilio.
3. **Acceso** a los servicios hospitalarios de referencia. Se realizará por indicación de los demás servicios especializados, conforme al procedimiento que se establezca por los Servicios de Salud.

Funciones.

Las funciones de los Hospitales vienen recogidas en el **artículo 68 de la Ley General de Sanidad**; y son las siguientes :

- o Tareas **asistenciales**.
- o **Promoción** de la salud.
- o **Prevención** de las enfermedades.
- o **Docencia e investigación**.

Estas funciones serán realizadas, de acuerdo con los programas de cada área de salud, con objeto de **completar sus actividades** con las desarrolladas **por la red de atención primaria**.

Atención y servicios de urgencia hospitalaria.

La asistencia hospitalaria de urgencia comprenderá : el diagnóstico, primeros cuidados y tratamientos necesarios para atender la urgencia o necesidad inmediata, evaluar el proceso y las circunstancias del paciente y referirlo al nivel de atención primaria o especializada que se considere adecuado.

3.3.3.–Centros de especialidades periféricas.

Son Instituciones Sanitarias abiertas en las que se presta asistencia especializada en régimen ambulatorio. Dependen jerárquica y funcionalmente de un Hospital del que se consideran “Consultas Externas” situadas periféricamente. Son los antiguos Ambulatorios que no se convirtieron en Centros de Atención Primaria. En ellos se prestan las siguientes especialidades:

- Especialidades médicas.
- Especialidades quirúrgicas.
- Laboratorio de análisis clínicos.
- Diagnóstico por imagen.

Para su funcionamiento cuentan con apoyo administrativo propio en el que se incluyen Archivos, Servicio de estadísticas y Atención al Paciente.

Son centros de apoyo del hospital , tratan de descongestionarlo y evitar desplazamientos innecesarios de los usuarios. También se puede prestar Cirugía ambulatoria.

3.3.4.–Prestaciones.

a) Asistencia especializada.

1. Ambulatoria en consultas que puede incluir la realización de procedimientos quirúrgicos menores.
2. Ambulatoria en hospital de día para los pacientes que precisen cuidados especializados continuos, médicos o de enfermería, incluida la cirugía mayor que no requiera estancia hospitalaria.
3. En régimen de hospitalización, que incluye la asistencia médica y quirúrgica para procesos agudos, reagudización de procesos crónicos o realización de tratamientos o procedimientos diagnósticos que lo requieran.

b) Acceso a la asistencia especializada.

1. Ambulatoria por indicación del médico de atención primaria.
2. En régimen de hospitalización por indicación del médico especialista o a través de los servicios de urgencia.
3. Acceso a los servicios hospitalarios de referencia.

c) Contenido de la asistencia hospitalaria.

1 La atención especializada comprenderá:

- a) La realización de los exámenes y pruebas diagnósticas, incluido el examen neonatal, y la aplicación de tratamientos o procedimientos terapéuticos que necesite

- el paciente, independientemente que su necesidad venga o no causada por el proceso o motivo de su admisión y hospitalización.
- b) Tratamientos o intervenciones quirúrgicas dirigidas a la conservación o mejora de la esperanza de vida, autovalimiento y eliminación o disminución del dolor y sufrimiento.
 - c) Tratamiento de posibles complicaciones que puedan presentarse durante el proceso asistencial.
 - d) Rehabilitación.
 - e) Implantación de prótesis y su oportuna renovación.
 - f) Medicación, curas, gases medicinales y material fungible y productos sanitarios que sean precisos.
 - g) Alimentación según dieta prescrita.
 - h) Nutrición parenteral y enteral.
 - i) Estancia en habitación compartida o individual cuando las especiales circunstancias del paciente lo precisen, incluyendo servicios hoteleros básicos directamente relacionados con la propia hospitalización.

2 Atención y servicios de urgencia hospitalaria

La asistencia hospitalaria de urgencia comprenderá: el diagnóstico, primeros cuidados y tratamientos necesarios para atender la urgencia o necesidad inmediata, evaluar el proceso y las circunstancias del paciente y referirlo al nivel de atención primaria o especializada que se considere adecuado.

3 Otros servicios y prestaciones.

La asistencia especializada incluirá además conforme a las normas de organización, funcionamiento y régimen de los Servicios de Salud, los siguientes servicios y prestaciones :

- a) Hemoterapia.
- b) Diagnóstico y tratamiento de infertilidad.
- c) Diagnóstico por imagen: radiología general, ecografía, mamografía, tomografía axial computarizada, resonancia magnética, angiografía y gammagrafía, así como densitometría ósea conforme a los programas de los Servicios de Salud.
- d) Laboratorio: anatomía patológica, bioquímica, genética, hematología, inmunología, microbiología y parasitología.
- e) Litroticia renal.
- f) Planificación familiar: consejo genético en grupos de riesgo, vasectomías y ligaduras de trompas, interrupción voluntaria del embarazo en los supuestos a los que se refiere la Ley Orgánica 5 / 85, de 5 de julio.
- g) Radiología intervencionista.
- h) Radioterapia.
- i) Transplantes de corazón, cornea, hígado, hueso, médula ósea, pulmón y riñón, conforme a la legislación especial en la materia.

4 Prestaciones complementarias.

Definidas como las que suponen elemento adicional y necesario para conseguir asistencia sanitaria completa y adecuada. Entre ellas:

- Prestación ortoprotésica que incluye prótesis quirúrgicas fijas, prótesis ortopédicas permanentes o temporales y vehículos para inválidos.
- Transporte sanitario.
- Tratamientos dietéticos complejos.

- Oxígeno a domicilio.

3.3.5.–Comisiones o grupos de trabajo hospitalarios o en colaboración con el área de Atención primaria.

Las Comisiones Clínicas que deberían funcionar de forma obligatoria (reguladas por Real Decreto) en todos los centros hospitalarios del antiguo INSALUD son:

1. Comisión de Infecciones y política antibiótica.
2. Comisión de Historias clínicas.
3. Comisión de Tejidos.
4. Comisión de Mortalidad.
5. Comisión de Farmacia.
6. Comisión de Tecnología y adecuación de medios diagnósticos y terapéuticos.
7. Comisión de Investigación, docencia y formación continuada.
8. Comisión de Docencia.
9. Comisión de Ética de la investigación clínica.
10. Comité de Seguridad y salud.

Otras Comisiones clínicas habituales son:

1. Atención al paciente.
2. Biblioteca.
3. Catástrofes.
4. Ética Asistencial.
5. Hemoterapia y Hemotransfusión.
6. Nutrición.
7. Trasplantes.
8. Tromboembolias,
9. Tumores.

3.3.6– Infraestructura Tecnológica.

Según la función y el tipo de asistencia el especialista dispone de diversos recursos materiales para el desempeño de su labor. Debe disponer de:

- **Mobiliario** y material de oficina: papel, bolígrafos, impresos y documentos generales del hospital y particulares del servicio, como los consentimientos informados, etc.
- **Material sanitario básico:** jeringas, agujas, cánulas de irrigación, suturas, instrumental quirúrgico y de curas, gasas, sueros, etc.
- **Arsenal terapéutico farmacológico.**
- **Aparataje básico:**
- **Aparataje específico:**

Según el ámbito de actuación (consulta externa, urgencias, quirófano. etc.) se utilizarán determinados recursos. Debido a la especificidad de función y características de asepsia y esterilidad, el material, instrumental y aparataje de quirófano es independiente del de otras áreas, existiendo con frecuencia duplicación de aquellos.

3.3.7 – Informática Clínica.

La informática sanitaria se plantea los siguientes objetivos:

1. Facilitar el acceso a la información biomédica: Datos, conocimiento, herramientas (ordenadores, tecnología, comunicaciones).
2. Simplificar el Proceso de toma de decisiones.
3. Difundir su aplicación en medicina, educación médica, investigación, cuidado de la salud y salud pública.

Las necesidades de informática sanitaria más probables en un futuro próximo podríamos estructurarlas así:

- **En servicios de salud:** Evolución hacia planes de salud nacionales e internacionales. Los sistemas deben contemplar situaciones complejas, por lo que se precisa tecnología que maneje información compleja. Además hay que vencer la inercia y el temor a recetas preestablecidas, lo que redundará en un incremento en su utilización.
- **Mayor uso de tecnología:** Esto traerá como consecuencia una mayor cantidad de datos generados, nuevos sistemas de gestión, necesidad de comunicación, especialización, incremento en costes de salud, mejor hardware y métodos y, sobre todo, mayor conciencia y una utilización estratégica de tecnología informática (T.I.).
- **Proveedores de salud:** Los factores claves serán competitividad y gestión, utilización de T.I. para aumentar calidad y reducir costes, registros médicos electrónicos, actualización de sistemas hospitalarios, intranets para compartir información, redes públicas (Internet) para distribuir información sobre salud y emitir diagnósticos remotos
- **Áreas de interés recientes:** redes extensas en salud, satisfacción del paciente, Internet, acceso del paciente a los datos, guías clínicas, explotación de datos, vocabulario, acceso a imágenes, entrada de datos (reconocimiento de voz), sistemas de alertas y telemedicina.
- **Utilización de Internet:** una de las conclusiones de su encuesta realizada por Health On The Net. (<http://www.hon.ch/>), en Marzo–Abril de 1999 es que en Europa, especialmente, está creciendo el uso de Internet para acceder a información médica. Entre los encuestados, un 95% consideran útil la información en Internet. Un 74% de usuarios expertos opinan que la información debe mejorar. Por último, un 46% de médicos y un 30% profesionales de la enfermería utilizan Internet.

Las políticas de pequeñas mejoras continuas parecen insuficientes para responder al reto de las Tecnologías de la información y las Comunicaciones. Parece razonable pensar en mayor autonomía de los centros sanitarios y dentro de estos la creación de auténticas unidades de negocio o centros de responsabilidad (gestión del proceso clínico). Tengamos en cuenta que el tiempo medio empleado en la gestión y manejo de la información en un Hospital es:

ARE A	Archiv o	Gestió n	Servicios centrales	Consultas Externas	Hospitalizació n	Urgenci as
%	95	75	33	33	33	25

Esto es, el **personal facultativo emplea dos horas** de su jornada laboral en el manejo de información.

Entre los conocimientos y actitudes básicos deben estar:

- **Valoración imparcial** de productos.
- Implementación de la **tecnología de soporte** al profesional sanitario.
- **Políticas de seguridad** y confidencialidad.
- **Buena utilización de nuevas tecnologías**, por ejemplo Internet.
- Conocimiento de la **normativa estándar**.
- **En Investigación y Desarrollo**, provocar la innovación pero implementando sólo tecnología testada.

3.4– Unidades de Patología.(Unidades Clínicas).

La profundización en el desarrollo de la especialidad ha provocado la aparición de sub y de superespecialidades, necesarias para alcanzar los conocimientos y aptitudes que consigan entender y controlar problemas cada vez más complejos.

En la Otorrinolaringología se definen las distintas subespecialidades por localización anatómica o por entidades nosológicas específicas.

4- ANÁLISIS DE LAS FUNCIONES DE LA ESPECIALIDAD.

Las funciones del personal médico vienen reguladas por:

1. El Estatuto del Personal facultativo de SS que se aprobó mediante Decreto 3160/1966, de 23 de Diciembre.
2. La ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril.
3. Ordenación de las prestaciones sanitarias del SNS (R.D. 63/1995, de 20 de Enero).
4. Reglamento del régimen de gobierno y servicio de las instituciones sanitarias (Orden del 7 de julio de 1972, Art. 73; derogado por el Real Decreto 521 de 15 de abril de 1987).

Corresponde a los médicos especialistas:

- La asistencia completa dentro de su especialidad de las personas protegidas por la Seguridad Social que le hayan sido adscritas por el INP, de acuerdo con las normas reglamentarias.
- La asistencia especializada incluye la práctica de las técnicas exploratorias quirúrgicas, en su caso, habituales de la especialidad, y abarcará tanto la asistencia ambulatoria como la domiciliaria y la de en régimen de internamiento.
- La asistencia en los términos a que se refiere el apartado anterior se prestará a requerimiento del Médico General, Pediatra-Puericultor o de otro especialista.

Por otro lado, el Real Decreto 521 de 15 de Abril de 1987 sobre estructura, organización y funcionamiento de los hospitales gestionados por el INSALUD, se desarrollan las funciones específicas de los facultativos especialistas según su nivel.

4.1-Asistencial

La función asistencial representa uno de los pilares básicos de la profesión médica. La mayor parte de los especialistas desarrollan su actividad asistencial en un servicio médico o unidad asistencial, integrados o dependientes a su vez en la estructura de un centro hospitalario.

El servicio médico representa la organización de los recursos de la especialidad que permite llevar a cabo los objetivos y la misión de dicha especialidad dentro del Área de Salud, al centralizar los recursos, la información y las decisiones.

La función **asistencial** incluye acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y educación para la salud.

La labor asistencial **se desarrolla** en los siguientes campos:

4.1.A- Consulta externa.

- Durante las **primeras visitas**, la realización de una historia clínica y exploración completas, con solicitud de análisis y pruebas complementarias correspondientes, en virtud de la hipótesis diagnósticas y protocolos vigentes:
 - Anamnesis pormenorizada.
 - Exploración básica morfológica y funcional: Otoscopia, faringoscopia, rinoscopia, laringoscopia, palpación cervical y endoral, acúmetría, exploración vestibular y de pares craneales. Si se precisara la exploración se complementaría con tecnologías ópticas (microscopía, endoscopia nasal, fibroscopia flexible o laringoscopia rígida con lupa de Von

Stuckrad) así como con la toma de muestras para cultivo o estudio anatomopatológico.

- En los casos necesarios se indicará la realización de exploración funcional complementaria, principalmente: audiometría e impedanciometría, PEATC, otoemisiones acústicas, craneocorpografía, posturografía, electronistagmografía, videonistagmografía, estroboscopia y análisis de la voz, gustometría, sialometría, electroneurografía, olfatometría y rinomanometría, test de la sacarina, pruebas topográficas del nervio facial (reflejo estapedial, electrogustometría, test de Schirmer). La realización de estas pruebas no es tarea exclusiva del médico especialista, sino que en muchas ocasiones puede ser realizada por personal de enfermería cualificado. Sí es misión del facultativo la indicación e interpretación de la prueba, tanto si se realiza en las instalaciones del propio servicio como en otro centro sanitario.
- **Informar** adecuada y claramente, tanto al paciente como a aquellos familiares por el autorizados, de su patología, sus diferentes opciones terapéuticas y de las posibles implicaciones pronosticas. Si el paciente precisara tratamiento quirúrgico, deberá informarle acerca del tipo de **intervención**, los riesgos y beneficios de la cirugía y las posibles alternativas si las hubiere. Asimismo, informará de la posible necesidad de administrar sangre o productos hemoderivados durante el transcurso del procedimiento quirúrgico o tras la finalización del mismo, pidiéndole en todo momento su autorización expresa.
- Si se estima que el **paciente es candidato para cirugía programada**, tras la información y el consentimiento del paciente (consentimiento informado), deberá ser citado para la realización del estudio preanestésico previo a todo procedimiento quirúrgico –Servicio de Anestesia y Reanimación– y a continuación incluido en la Lista de Espera quirúrgica del Servicio de Admisión.
- En el caso que el paciente **no precise de un tratamiento quirúrgico** le aconsejará la necesidad o no de futuras valoraciones por parte de los facultativos de otras especialidades.
- En los casos de **segundas visitas**, valorar: la necesidad de nuevas pruebas complementarias, interconsulta a otros servicios para completar su tratamiento, la necesidad de volver a sucesivas revisiones o su alta definitiva. Se administraran, si así lo estimase oportuno, las correspondientes **curas de heridas quirúrgicas**, y en el caso de patologías de larga evolución y/o neoplásicas, la evaluación protocolizada de los resultados.
- Expedición de **recetas médicas**, debidamente cumplimentadas, de las formulas magistrales y la especialidades farmacéuticas reconocidas por la legislación sanitaria vigente que sean convenientes para el tratamiento de los pacientes.
- En aquellos centros que tengan además adscrito un **Centro Ambulatorio de Especialidades** el Facultativo deberá atender, dependiendo de la organización interna del Servicio, la consulta externa hospitalaria y la del correspondiente centro de especialidades.

4.1.B– Área de hospitalización.

Los pacientes hospitalizados en un servicio de Otorrinolaringología provienen de ingresos programados, traslados de otros servicios, pacientes ya intervenidos quirúrgicamente en cirugía programada o cirugía de urgencia, o pacientes ingresados para observación y

estudio desde el Servicio de Urgencias. Asimismo, se incluyen en la asistencia hospitalaria las consultas realizadas por otros Servicios de la Institución Sanitaria y pacientes ingresados por reagudizaciones de su patología quirúrgica aun cuando no hayan precisado o precisen de tratamiento quirúrgico. Son funciones del Facultativo Especialista:

- En ingresos para **cirugía programada**, comprobación de la adecuada preparación del paciente para el procedimiento quirúrgico previsto y, en caso contrario, petición de las pruebas correspondientes, incluyendo el consentimiento informado. Asimismo se pautará la profilaxis antibiótica y antitrombótica en los caso que esté indicado.
- Analizar el **curso evolutivo** de los pacientes ingresados (operados o no), tanto de su patología como de su bienestar social y emocional.
- Administración de **Cuidados postoperatorios**, entre los que se incluyen: cuidados de la herida quirúrgica, profilaxis antibiótica, profilaxis antitrombótica, reposición hidroelectrolítica, nutrición enteral o parenteral si fuera precisa.
- Ordenar el **tratamiento diario por escrito**. Es aconsejable una buena comunicación con el personal de enfermería de la unidad para una buena gestión de los recursos humanos y materiales de la misma. Asimismo, toda modificación el tratamiento deberá ser escrita en la correspondiente historia clínica.
- Petición de las exploraciones complementarias necesarias para el buen seguimiento postoperatorio, consecución de un diagnóstico exacto en aquellos pacientes no intervenidos y/o diagnóstico de posibles complicaciones. El otorrinolaringólogo debe realizar estas peticiones de modo racional, evitándose la petición de pruebas innecesarias que no aporten datos para un posible diagnóstico y, en cambio, incrementen los costes globales del procedimiento quirúrgico.
- Informar adecuada y claramente al paciente o en su defecto a los familiares en primer grado o representantes legales del mismo si la situación clínica de este así lo requiera, de la evolución de su proceso patológico, de las posibles complicaciones y del pronóstico. El especialista debe ser cuidadoso a la hora de informar erróneamente a personas no relacionadas directamente con el paciente con los cuales podría, de modo accidental, romper el derecho a la confidencialidad contemplado en la LGS 14/1986 del 25 de Abril, en su Artículo 10 el capítulo primero.
- Al alta hospitalaria del paciente, el especialista proporcionará el correspondiente informe de alta indicando la necesidad o no de futuras revisiones en la Unidad Sanitaria Hospitalaria o en el Centro de Atención Primaria. También detallará el tratamiento a seguir por el paciente en régimen ambulatorio, si este fuera necesario, facilitándole las recetas médicas para la adquisición de los fármacos correspondientes.

4.1.C– Atención de Urgencias y Emergencias Médicas.

Las funciones del médico de urgencias hospitalarias están descritas en el RD 866/2001 de 20 de Julio (BOE 187/2001 de 6 de agosto). ***Por extensión son aplicables a facultativos de otras especialidades involucrados en la atención de urgencia.*** Estas funciones son las siguientes:

1. Prestar asistencia a todos los pacientes que acudan al Servicio de Urgencias del hospital, colaborando con el resto de los servicios hospitalarios en la atención de la urgencia.

2. Decidir el ingreso de los pacientes en el hospital cuando su situación clínica así lo aconseje.
3. Dar de alta al paciente desde el servicio de urgencias una vez atendido y con el informe de alta correspondiente.
4. Informar al paciente y/o en su caso, a sus familiares, de su proceso clínico, de las exploraciones complementarias, tratamiento y actuaciones previstas, así como de otros aspectos que afecten a la evolución del proceso.
5. Decidir y organizar, en condiciones idóneas, el traslado de los pacientes que lo precisen, desde el servicio de urgencias a otros hospitales con mayor cartera de servicios o cuando las circunstancias asistenciales así lo aconsejen.
6. Hacer los informes establecidos por la normativa legal vigente, en los casos que corresponda.
7. Supervisar el desarrollo del proceso asistencial y formativo del personal a su cargo.
8. Gestionar adecuadamente los recursos asignados en aras de una mayor efectividad y eficiencia.
9. Participar en el desarrollo y mantenimiento de los sistemas de información del centro y los relacionados con su actividad.
10. Participar en los programas de investigación, en el plan de formación y en las actividades de mejora de la calidad propia de su especialidad.
11. Cooperación y coordinación con el resto de los dispositivos de atención a la asistencia sanitaria urgente.

4.1.D– Área quirúrgica.

Las especialidades médico–quirúrgicas deben desarrollar en este apartado las funciones de su actividad profesional que tendrá lugar en el área quirúrgica. La actividad quirúrgica comprende los apartados de Cirugía Programada, Cirugía Urgente y Cirugía Mayor Ambulatoria y de Corta Estancia. La programación de estas actividades quirúrgicas corresponderá al jefe de Servicio, pero es responsabilidad del Facultativo Especialista:

1. Identificación positiva del paciente quirúrgico y revisión preoperatoria de los datos de la historia clínica del paciente, incluyendo diagnóstico, pruebas y exploraciones complementarias, consentimiento informado (explicado y firmado en consulta, salvo en situaciones de extrema urgencia recogidas en la ley) y confirmación del procedimiento quirúrgico a realizar.
2. Conocer las distintas técnicas quirúrgicas tanto de cirugía mayor como de cirugía ambulatoria.
3. Conocimiento de los medios materiales e instrumentales necesarios para el desempeño de la actividad en el área quirúrgica.
4. Comprobar el correcto funcionamiento de todo el equipo e instrumental necesario para llevar a buen término el procedimiento quirúrgico programado, y suspenderlo si alguno de ellos no funciona o no se encuentra en óptimas condiciones.
5. Asumir correctamente su rol en el acto quirúrgico, bien como primer cirujano o como cirujano ayudante.

Al término de cualquier intervención quirúrgica es función del cirujano:

- Asumir la responsabilidad del paciente y trasladar información al anestesista de la unidad de recuperación o reanimación o ORL de guardia si fuese conveniente.

- Cumplimentar protocolo operatorio, hoja de tratamiento, cuidados de enfermería –si estos fuesen excepcionales o no rutinarios– y los protocolos vigentes en el Servicio de Otorrinolaringología.
- Rellenar intencionadamente para el diagnóstico la solicitud de examen anatomopatológico, con la obligación de fijar y orientar el espécimen.
- Informar de forma completa y adecuada, en términos que se entiendan, a la familia.

En principio lo ideal es que el paciente sea intervenido por el mismo especialista que sentó la indicación; así se logra mantener:

1. el derecho del cliente a la libre elección de especialista, que diagnostica y trata.
2. uniformidad de criterio y responsabilidad a lo largo del proceso patológico.
3. entrenamiento quirúrgico del especialista en todas las facetas de la especialidad; en caso contrario puede ocurrir que sea preciso intervenir de urgencia y el facultativo de guardia no esté entrenado en un campo concreto.

El cirujano será diferente al médico indicador de la intervención cuando así se prefiera por:

- fines organizativos.
- patología con escasa incidencia en la que sea preferible una superespecialización.
- tratarse de una técnica innovadora, con el fin de que adquiriera experiencia un especialista y luego este forme a los demás.
- mejor criterio del Jefe de Servicio.

4.1.E– Atención continuada.

Corresponde al horario complementario realizado por los FEA adscritos a una Institución Sanitaria que exceda de la jornada normal de trabajo. Esta función puede desempeñarse en dos modalidades, a saber, guardias de presencia física y localizada. Existe una tercera modalidad de atención continuada, que supone la prestación de servicios de hasta 30 horas mensuales por encima de la jornada legal establecida.

1. Guardias de **presencia física** son aquellas en que el Facultativo Especialista permanece en la Institución durante el tiempo fijado para las mismas.
2. Guardias de **presencia localizada** son aquellas en las que el Facultativo Especialista, aún cuando no esté presente en la Institución, se encuentre en situación de disponibilidad total siendo posible su localización y presencia inmediata cuando ésta fuese requerida. Los Facultativos Especialistas a quienes se les asigne el turno de localización deberán cumplirlo personalmente, con la duración que en cada caso se señale, sin posibilidad de delegación.

El Director Gerente del Hospital, a propuesta del Director Médico y con el informe de la Junta Técnico–Asistencial, establecerá el equipo de guardia necesario para mantener la atención de los pacientes ingresados y las urgencias internas y externas (RD 521/1987 del 15 de Abril, Reglamento de Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud).

4.1.F– Realización de técnicas diagnósticas especiales.

4.1.G– Miscelánea.

Participación en actividades de planificación o gestión del servicio, desarrollo de documentos de consentimiento informado, participación en la evaluación de la actividad del servicio o sus iniciativas de calidad, etc

4.2– Docente.

En este apartado se incluye según el Título VI de la Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad, toda la estructura asistencial del Sistema Sanitario debe estar en disposición de ser utilizada para la docencia pregraduada, posgraduada y continuada de los profesionales. Es función del FEA la participación activa en programa docente y de investigación.

La función docente en un centro hospitalario comprende, según las posibilidades del centro, la docencia de 1º, 2º, 3º ciclo. El proceso docente debe ser mutuamente beneficioso para los diferentes estamentos implicados. También debe favorecerse la participación del personal de enfermería o de técnicos de diferentes procedimientos que se realicen dentro del servicio.

Habitualmente comprende:

- Sesión clínica diaria del servicio, generalmente al inicio de la jornada laboral, para comunicar la incidencia de la guardia , así como los ingresos programados que se vayan a realizar.
- Sesiones clínicas teóricas y bibliográficas.
- Sesiones conjuntas con otros servicios.
- Sesiones clínicas interhospitalarias.

Formación Continuada.

Es un derecho del médico disponer de medios que le permitan actualizar sus conocimientos conforme la investigación y la tecnología van avanzando.

- En el servicio se pueden realizar:
 - Sesiones clínicas de actualización, en las que se comenta un caso clínico, una técnica diagnóstica o terapéutica particular.
 - Sesiones bibliográficas, en las que se repasan las últimas publicaciones de la especialidad.
 - Cursos monográficos en los que participan especialistas de otros centros.
 - Revisión de los protocolos, guías y vías clínicas del servicio para su actualización.
- Fuera del servicio se asiste a simposiums, cursos, reuniones, seminarios y congresos.

El especialista cuenta con varias herramientas que le ayudan a mantener unos conocimientos actualizados y una actitud crítica ante estos avances: la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) y las Agencias de evaluación de la Tecnología.

El acceso a bibliografía actualizada, ya sea en papel o en soporte informático, a bases de datos bibliográficas de uso general, a recursos de MBE y a informes de agencias de evaluación de tecnología, es un deber del Sistema sanitario para con el especialista. Estos recursos son de utilidad general para todo el personal sanitario y directivo del centro y redundan en el bien común.

4.3– Investigadora.

El Artículo 106 (título VI) de la LGS establece:

1. Las actividades de investigación habrán de ser fomentadas en todo el sistema sanitario como elemento fundamental para el progreso del mismo.
2. La investigación en biomedicina y en ciencias de la salud habrá de desarrollarse principalmente en función de la política nacional de investigación y la política nacional de salud.

La investigación en ciencias de la salud ha de contribuir a la promoción de la salud de la población. Esta investigación deberá considerar especialmente la realidad socio-sanitaria, las causas y mecanismos que la determinen, los modos y medios de intervención preventiva y curativa y la evaluación rigurosa de la eficacia, efectividad y eficiencia de las intervenciones.

Tipos de estudios que se pueden realizar en una unidad clínica:

1. Según la asignación del factor estudio a la población estudiada:
 - Observacionales, que son aquellos en los que el investigador no interviene en la asignación de la exposición del factor estudiado a los grupos de individuos. Determinan la magnitud de los problemas.
 - Experimentales: en los que el investigador asigna el factor de estudio a los participantes.
2. Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y la recogida de datos por el investigador:
 - Retrospectivos: hechos ocurridos en el pasado.
 - Prospectivos: la información se registra a medida que suceden los hechos.
3. Según el período del estudio:
 - Transversales: se estudian las variables en un determinado momento en una población definida. Resultan útiles para planificar los servicios sanitarios, valorando la pertinencia de los recursos según la necesidad planteada por el número de casos.
 - Longitudinales: estudia la variable a lo largo del período de seguimiento
4. Según la direccionalidad:
 - Cohortes: conociendo la población expuesta al factor de estudio se determina qué parte de la misma presenta un determinado resultado.
 - Casos-control: conociendo la población con un determinado problema, estudia qué parte de la misma estuvo expuesta al factor de estudio.

Etapas del método científico:

- 1ª Etapa conceptual. Es la etapa teórica y se caracteriza por: búsqueda de datos, revisión bibliográfica, formulación de hipótesis y objetivos, observación de los hechos, limitaciones del estudio.
- 2ª Etapa empírica: Es la etapa práctica:
 - Planificación y diseño del estudio
 - Justificación de la elección
- 3ª Etapa interpretativa:
 - Refutación de datos
 - Conclusiones

En este punto hay que:

- Describir y justificar las líneas de investigación que son prioritarias en el área asistencial de la especialidad a la que opta.
- Describir los mecanismos, instituciones intra y extrahospitalarias y formas o fuentes de financiación que serían necesarias para garantizar el desarrollo de las líneas de investigación en la especialidad a la que opta. (Becas y premios, Organismos y Fundaciones, Comisiones, etc).
- Describir los Foros nacionales e internacionales y Congresos de prestigio de interés estratégico para la promoción de la actividad investigadora en el área de la especialidad que se trate. (Ejem: en la especialidad los Congresos más prestigiosos son el Congreso Nacional de convocado por la Sociedad y con periodicidad o el Congreso Internacional ídem)

Líneas actuales de investigación en ORL

4.4– Administrativa.

Las funciones que debe desarrollar el personal médico en esta área son:

- Ejecutar la normativa y directrices del hospital.
- Formular programas de salud del área hospitalaria.
- Proporcionar en forma periódica y oportuna la información a la dirección del hospital.
- Colaborar técnica y administrativamente con AP, centro de especialidades, otras áreas hospitalarias e instituciones.
- Facilitar y potenciar la participación ciudadana en la gestión del cuidado de salud.
- Administrar y controlar los recursos asignados para el correcto funcionamiento del centro.
- Efectuar la autoevaluación continua de la actividad y de la consecución de los objetivos y metas establecidos.
- Realizar tareas de administración propias , referidas a la gestión.
- Participar en la autoevaluación continua de la actividad y la consecución de los objetivos y metas establecidos.

Coordinación entre distintos niveles asistenciales, distintas especialidades y servicios centrales. Forma parte de la actividad profesional del especialista. Además tiene otras implicaciones: la simple existencia de coordinación mejora la calidad y la atención a los pacientes y en muchos casos hasta disminuye el gasto; por otro lado, muchos problemas asistenciales se deben simplemente a la falta de coordinación. La redacción de este apartado puede variar considerablemente en función de la especialidad. Posibles ejemplos de iniciativas válidas de coordinación podrían ser:

– **Entre especialidades o con servicios centrales:** Elaboración de protocolos conjuntos de derivación, interconsulta o adecuación de pruebas diagnósticas. Elaboración de documentos de consentimiento informado conjunto. Planificación de sesiones clínicas conjuntas. Determinación de los niveles mínimos de información clínica sobre el paciente que deben de estar presentes en el documento de derivación, al indicar una interconsulta o una prueba complementaria. Establecimiento de un circuito de información (como va y viene la información y resultados entre los servicios implicados. Ejem: servicio clínico–servicio

central), sistema de prioridades (preferente, urgente, rutinario) y tiempos de respuesta (Ejem: lograr compromisos de adecuación de la indicación para conseguir mejores tiempo de respuesta entre peticiones).

– **Entre niveles asistenciales (primaria–especializada).** Afecta prácticamente a todas las especialidades. Las iniciativas de coordinación se pueden plantear como problema–solución. A continuación, y a modo de reflexión inspiradora de ideas, se expone un pequeño esquema con algunos ejemplos de posibles problemas de coordinación entre niveles asistenciales y sus posibles soluciones. Hay muchas opciones válidas a la hora de preparar este apartado y dependerá de cada especialidad y de la visión particular de cada uno. Se puede desarrollar uno solo de los aspectos o enumerar y describir brevemente los problemas y/o mejoras para la coordinación más frecuentes.

Sugerencias de problemas para la coordinación:

- *Problemas de continuidad: Una limitada comunicación entre especializada y primaria, tras el alta hospitalaria puede llevar a que no se cumplan protocolos de seguimiento crónicos o tratamiento ambulatorio. Cuando ocurre al contrario, la derivación de pacientes hacia especializada puede no ir acompañada de la información suficiente que permita al especialista valorar adecuadamente el caso.
- *Calidad científico–técnica: Los criterios que debe cumplir el paciente para la derivación de patologías o el acceso a pruebas diagnósticas complementarias, debería ser pactado a priori entre ambos niveles.
- *Accesibilidad: Los servicios de especializada que están disponibles desde atención primaria y viceversa deberían estar explícitamente recogidos en una cartera de servicios.
- *Equidad: Las diferentes situaciones posibles de relación entre especialidades, centros de atención primaria, e incluso facultativos, provoca que la atención que reciben nuestros pacientes pueda no ser equitativa, produciéndose diferencias en la capacidad de acceso a especializada entre pacientes con la mismas características.
- *Eficiencia: La utilización inadecuada de pruebas complementarias o tratamientos, repercute en un incremento de los costes, que además pueden ser injustamente imputados, según el caso, tanto a primaria como a especializada.

Posibles soluciones para la coordinación.

- Creación de un modelo informatizado de informe de alta que incluya ítems específicos de recomendaciones al alta, pauta de tratamiento ambulatorio, recomendaciones para el médico de atención primaria y pauta de seguimiento recomendada.
- Reuniones personales entre especialistas y los médicos de atención primaria para la revisión conjunta de la evidencia existente y fijar criterios de derivación, indicación de pruebas o pautas de tratamiento ambulatorio.
- Establecer circuitos prácticos de consulta o tránsito de información. Utilización de nuevas tecnologías para compensar los problemas de accesibilidad, como por ejemplo, e–mail, videoconferencia, etc...
- Realizar las recomendaciones de tratamiento al alta mediante la indicación de principios activos en lugar de preparados comerciales, para permitir que el médico de atención primaria escoja la opción más adecuada en costes.

4.5– La organización del trabajo.

Hemos visto las diversas funciones que debe realizar un médico especialista y las diversas áreas de trabajo en que estas funciones se desarrollan. El elevado número de éstas hace precisa la organización del trabajo y del tiempo que dedicamos a cada una de ellas; de lo contrario podemos llegar a una situación en que algunas empleen todo o gran cantidad del tiempo de que disponemos no dejando tiempo libre para las demás.

Esta distribución irá en función de los niveles de responsabilidad de forma que el Jefe de servicio tendrá un componente menor en función asistencial, teniendo mucho más peso relativo en funciones de gestión y organización, mientras que el FEA dedicará algo más de la mitad de su tiempo a funciones asistenciales y el resto se distribuirá entre docencia, investigación y gestión.

Generalmente los servicios están organizados de forma que cada profesional se dedica a unas determinadas tareas, determinados días por semana, de forma que todas las parcelas de actividad del hospital quedan cubiertas.

5- NIVEL DE RESPONSABILIDAD.

El nivel de responsabilidad generalmente suele entenderse como el nivel o capacidad para tomar decisiones dentro de una organización. Sin embargo, en el caso del médico, debemos tener en cuenta que este, con carácter general, mantiene una doble relación en el ejercicio de sus funciones, por un lado, con el paciente y por otro, con la administración para la que presta su servicios. Como consecuencia de ello es susceptible de incurrir en varios tipos de responsabilidad en el ámbito del derecho sanitario, de ello pueden derivar implicaciones legales tanto para el profesional (responsabilidad civil y penal), como para la administración pública para la que trabaja como posible responsable civil subsidiario de la actuación del profesional.

La responsabilidad es el principio que engloba y confiere significado ético a todos los servicios sanitarios. Implica el deber de curar y cuidar a la persona enferma, que se convierte en la preocupación prioritaria de los profesionales. Obliga a responder con competencia a las necesidades del enfermo y exige respetar, cuidar y proteger la vida como valor primario. Entre las reglas de la bioética he aquí algunas de las más importantes:

- Respetar y proteger el **valor de la vida humana** a lo largo de todas su etapas.
- Establecer **relaciones de confianza** con el paciente, cuyo espacio privilegiado es la sesión clínica, y asegurarle la continuidad de sus servicios.
- Contar con el **consentimiento** libre e informado de la persona afectada antes de realizar una intervención, así como la posibilidad de retirarlo libremente.
- Tratar al **embrión humano** con las mismas directrices éticas, incluido el consentimiento informado de sus padres, que se aplican a los demás pacientes.
- No provocar intencionadamente la **muerte de un enfermo**, ni siquiera en caso de petición expresa por parte de éste.
- No convertir jamás el cuerpo humano ni sus partes en **objeto de lucro**.
- No crear **embriones** humanos con fines de **experimentación**.
- No utilizar la procreación asistida para **elegir el sexo** de quien que va a nacer.
- Dar **información** con delicadeza y de manera que pueda comprenderse, respetando las convicciones personales y absteniéndose de imponer las propias.
- Respetar la **intimidad del paciente** en cuanto a informaciones sobre su salud.
- Realizar **investigaciones científicas** garantizando legalmente la protección del sujeto que se presta libremente a ello.
- Extremar las medidas de protección a las **personas incapaces de expresar su consentimiento** para cualquier intervención, y sólo con fines terapéuticos.
- **Extraer órganos** de donantes vivos sólo en interés terapéutico del receptor y cuando no existan otras alternativas.
- Intervenir en el **genoma humano** únicamente por razones terapéuticas.

El ejercicio de la profesión medica se caracteriza por la concurrencia de dos elementos. Su incidencia sobre nuestros bienes mas preciados: la salud y la vida, por un lado, y la

constante presencia del riesgo de esta actividad por otra parte. La conjunción de estos dos elementos explica el hecho de que desde antiguo nadie haya cuestionado la exigencia de responsabilidad por el daño sanitario. La responsabilidad puede surgir en las siguientes vías:

- Responsabilidad moral: civil y patrimonial.
- Responsabilidad legal: corporativa, profesional y penal.

LGS ARTICULO 10: Las obligaciones de los médicos en el ejercicio de estas funciones han sido concretadas de una parte, por la propia LGS, al reconocer unos derechos al ciudadano (Art.10) que se traducen en obligaciones directas para el medico y, de otra, por la interpretación realizadas por el Tribunal Supremo.

Todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias:

1. Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por razones de raza, de tipo social, de sexo, moral, económico, ideológico, político o sindical.
2. A la información sobre los servicios sanitarios a que puede acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso.
3. A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias públicas y privadas que colaboren con el sistema público.
4. A ser advertido de si los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen pueden ser utilizados en función de un proyecto docente o de investigación, que, en ningún caso, podrá comportar peligro adicional para su salud. En todo caso será imprescindible la previa autorización, y por escrito, del paciente y la aceptación por parte del médico y de la dirección del correspondiente centro sanitario.
5. A que se le de en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento.
6. A la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso, siendo preciso el previo consentimiento por escrito del usuario para la realización de cualquier intervención, excepto en los siguientes casos:
 - a. Cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública.
 - b. Cuando no esté capacitado para tomar decisiones; en cuyo caso, el derecho corresponderá a sus familiares o personas a él allegadas.
 - c. Cuando la urgencia no permita demoras por poderse ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento.
7. A que se le asigne un médico, cuyo nombre se le dará a conocer, que será su interlocutor principal con el equipo asistencial. En caso de ausencia, otro facultativo del equipo asumirá tal responsabilidad.
8. A que se le extienda certificado acreditativo de su estado de salud, cuando su exigencia se establezca por una disposición legal o reglamentaria.
9. A negarse al tratamiento, excepto en los casos señalados en el apartado 6; debiendo, para ello, solicitar el alta voluntaria, en los términos que señala el apartado 4 del [artículo siguiente](#).

10. A participar, a través de las Instituciones comunitarias, en las actividades sanitarias, en los términos establecidos en esta Ley y en las disposiciones que la desarrollen.
11. A que quede constancia por escrito de todo su proceso. Al finalizar la estancia del usuario en una institución hospitalaria, el paciente, familiar o persona a el allegada recibirá su informe de alta.
12. A utilizar las vías de reclamación y de propuesta de sugerencias en los plazos previstos. En uno u otro caso deberá recibir respuesta por escrito en los plazos que reglamentariamente se establezcan.
13. A elegir el médico y los demás sanitarios titulados de acuerdo con las condiciones contempladas en esta Ley, en las disposiciones que se dicten para su desarrollo y en las que regule el trabajo sanitario en los centros de Salud.
14. A obtener los medicamentos y productos sanitarios que se consideren necesarios para promover, conservar o restablecer su salud, en los términos que reglamentariamente se establezcan por la Administración del Estado.
15. Respetando el peculiar régimen económico de cada servicio sanitario, los derechos contemplados en los apartados 1, 3, 4, 5, 6, 7, 9 y 11 de este artículo serán ejercidos también con respecto a los servicios sanitarios privados.

5.1– Los deberes del médico especialista. (Obligaciones Generales).

Todas las normas y deberes acerca de la actuación profesional del médico se han venido inspirando en unos principios básicos de respeto a la vida, a la integridad de las personas y al mantenimiento de la salud individual y colectiva.

- Deber de información.
- Deber de consentimiento.
- Deber de diagnóstico y tratamiento.
- Deber de conocimiento, habilidad y medios técnicos.
- Deber de secreto profesional.
- Deber de asistencia y consejo.
- Deber de cumplimiento de certificados legales.

5.2–Responsabilidades derivadas de las normas.

5.2.1–Deberes derivados del vínculo estatutario.

El estatuto Jurídico del Personal Médico de la Seguridad Social es de aplicación al personal facultativo que presta sus servicios profesionales en las instituciones sanitarias de la Seguridad Social mediante una relación de servicios estatutaria.

Prestar personalmente sus servicios a las personas protegidas que tengan a su cargo, cuando para ello sean requeridos por otros facultativos de la S.S. o por la Inspección de Servicios Sanitarios.

Cumplimentación y curso de los documentos oficiales que se deriven de la asistencia sanitaria prestada.

Los facultativos que presten sus servicios en las instituciones sanitarias jerarquizadas los desempeñarán con la atención que corresponda al nivel asistencial del puesto del que sean titulares.

Observación del horario y permanencia establecidos para las consultas y servicios que tengan asignados. En todos los casos es obligada la presencia de los titulares de las plazas durante los referidos horarios en los Centros en que las desempeñen.

Contribución en el aspecto asistencial a la elevación de la consideración humana y social en las relaciones con los beneficiarios de la S.S.

El personal médico residirá forzosamente en la localidad a que corresponda la plaza que desempeñe o dentro de la zona.

Será incompatible el desempeño de más de una plaza de cualquier orden dentro de la seguridad Social.

5.2.2– Deberes derivados de las normas deontológicas.

La deontología médica es el conjunto de principios y reglas éticas que han de inspirar y guiar la conducta del profesional médico.

El vigente Código de Ética y deontología Médica de la organización Médica Colegial de España fue aprobado el 27 de Septiembre de 1999. Además de fijar las normas éticas y deontológicas, establece un régimen sancionador colegial para quienes incumplan sus preceptos.

5.2.3–Responsabilidad Institucional.

Otro nivel de exigencia de responsabilidad es el de las instituciones hospitalarias en donde se lleva a cabo la actuación sanitaria. En estos centros se dan conjuntamente la responsabilidad del médico que actúa individualmente o más frecuentemente en equipo, junto a una responsabilidad genérica de la institución o de las personas que la dirigen y representan. Cuando la institución sanitaria pertenece a la Administración Pública se genera la denominada Responsabilidad Patrimonial de la Administración Sanitaria.

Las situaciones y deficiencias más frecuentes en estos centros que pueden generar responsabilidad son:

- ♦Falta de asistencia, tanto en los servicios de asistencia domiciliaria, servicios de urgencia o el resto de los servicios hospitalarios.
- ♦Falta de seguridad, de la que se puede derivar riesgo de accidentes diversos e imprevistos para el paciente.
- Falta de calidad asistencial, por la falta de medios diagnósticos, terapéuticos, o de servicios básicos o bien falta de personal cualificado, titular o auxiliar.

5.2.4–Responsabilidad Penal.

Se entiende por responsabilidad profesional en medicina la obligación que tiene el médico de reparar el daño o perjuicio que haya podido originar a otras personas, derivado de sus actos profesionales, errores voluntarios o involuntarios u omisiones. La noción de responsabilidad al médico y al cirujano se extiende a los daños y perjuicios originados por cualquier falta, aún cometida de buena fe, como resultado de impericia, de su negligencia, de un error evitable o de ignorancia de las reglas fundamentales de la profesión.

Cuando el médico ha actuado en falta y se origina un perjuicio, puede verse reclamado por la sociedad a través de la vía penal y por la propia persona víctima o de sus representantes por la vía civil.

En derecho penal para que exista responsabilidad es necesario en todos los casos probar que hubo culpabilidad. Existen únicamente dos formas de culpabilidad: el dolo(con intencionalidad) y la imprudencia(sin intencionalidad).

La imprudencia en la que puede incurrir un profesional requiere:

- Una acción u omisión voluntaria realizada en el ejercicio profesional.
- Que tal conducta suponga infracción del deber objetivo de cuidado.
- Un mal efectivo y concreto.
- La relación de causa a efecto entre conducta y daño.

- La ausencia de dolo o malicia.

Imprudencia **grave** (temeraria): supone actuar sin guardar las precauciones mínimas exigibles, sin los cuidados más elementales, o cuando se actúa sin cautela omitiendo las precauciones elementales o necesarias. También si se actúa con improvisación, ligereza o descuido y con todo aquello que denote la indiferencia de la gente en evitar causar daño (este es el único tipo de imprudencia que es considerada como delito).

Como una agravación de la imprudencia temeraria, la imprudencia **profesional** surge cuando se actúa con impericia (falta de conocimientos necesarios con la independencia de la posesión o no del título que lo acredite) o con negligencia (falta de cuidado, especialmente exigible a los profesionales en la actividad que les es propia).

Imprudencia **leve** (simple): es considerada solo como falta y concurre prácticamente en todo hecho culposo.

Diferencias entre responsabilidad civil y penal	
Responsabilidad Civil	Responsabilidad Penal
Vía civil	Vía penal
Reclamación civil	Reclamación penal
Conducta negligente, que no es delito ni falta	Conducta dolosa o culposa tipificada en el Código Penal como delito o falta
Responsabilidad directa y solidaria	Responsabilidad personal (sólo en el caso de insolvencia del culpable procede la responsabilidad subsidiaria de la institución)
Se puede reclamar simultáneamente a la persona y a la institución	Se ha de reclamar al responsable
Se ha producido un daño	Se ha cometido un delito o una falta
El responsable ha de reparar el daño mediante una indemnización	El culpable de haber cometido delito o falta ha de cumplir una condena

5.2.5- Clasificación de las faltas según el estatuto del personal médico de la seguridad social. decreto 3160/66. Art., 66.

SON FALTAS LEVES:

1. Las reiteradas faltas de puntualidad.
2. La negligencia o descuido inexcusable en el cumplimiento de los deberes específicos sin perjuicio sensible para el servicio.
3. La desatención con los compañeros, subordinados y público.
4. La incorrección en la concesión o trámite indebido de pases a especialistas.

SON FALTAS GRAVES:

1. La reincidencia o reiteración de faltas leves.
2. La falta injustificada de asistencia o permanencia en el puesto de trabajo.
3. El incumplimiento de los deberes específicos con perjuicio sensible para el servicio.
4. El consignar datos falsos en las certificaciones y documentos establecidos por la Seguridad Social.
5. La entrega de recetas no firmadas por el titular o la utilización indebida de las mismas por parte del médico.

6. La percepción de honorarios o iguales de las personas protegidas por la Seguridad Social y que les estén adscritas y efectuada en los términos establecidos en las normas legales que desarrollan la asistencia sanitaria de la Seguridad Social.
7. La clasificación maliciosa de la incapacidad o la desviación de las personas protegidas hacia servicios privados de la Medicina con fines lucrativos por el propio personal médico o de reclamaciones a favor del beneficiario.
8. Las faltas de respeto con los superiores, compañeros, subordinados y público.
9. El incumplimiento de las normas establecidas o de las órdenes recibidas siempre que perturbe el servicio o perjudiquen la asistencia.
10. El quebranto del sigilo profesional.
11. La realización de actos en pugna con los intereses de la seguridad social. Y, en general, los que revelen un grado de negligencia inexcusable que causen perjuicio por la asistencia médica y aquellos otros que atenten a la propia dignidad de sus autor.

SON FALTAS MUY GRAVES:

1. La reincidencia o reiteración de faltas graves.
2. La disminución continuada y voluntaria en el rendimiento profesional.
3. El abandono de destino, que se producirá cuando se deje de prestar el servicio por más de setenta y dos horas, sin autorización ni causa justificada.
4. La insubordinación individual o colectiva en el ejercicio de sus funciones de la Seguridad Social.
5. El daño voluntario causado a la Seguridad Social o a las personas protegidas por ésta.
6. La falta de probidad o moralidad y cualquier conducta constitutiva de delito o faltas comprendidas en el Código Penal.

Art. 67. Sanciones y su clasificación

Podrán imponerse las siguientes **sanciones**:

- a) Amonestación por escrito, con constancia o no en el expediente personal.
- b) Pérdida de cinco a veinte días de remuneración.
- c) Suspensión de empleo y sueldo de un mes a un año.
- d) Suspensión definitiva de servicio.

6- IMPORTANCIA QUE LAS FUNCIONES QUE HAYAN DE DESEMPEÑARSE TENGAN EN LA ORGANIZACION.

El concepto de **Gestión Sanitaria**, busca un equilibrio entre la gestión empresarial y la obligación de prestar un derecho universal, de tal forma que la gestión pura y dura esté limitada por los principios éticos de la Sanidad Pública que impiden los servicios que se prestan sólo en función de criterios de rentabilidad económica. Pero con independencia de las limitaciones derivadas del derecho a la Salud existen en la gestión sanitaria otras connotaciones que la diferencian claramente, en cuanto a organización, cualquier empresa de servicios y que dependen fundamentalmente de dos elementos, los productos que se manejan y los agentes que deciden como se manejan los recursos.

El producto ultimo hospitalario por excelencia es **la salud**.

Los sistemas de información (SI) se han desarrollado como instrumentos que permitan la consecución de medir producción y costes y a la vez valorar la calidad, es decir, la eficacia y eficiencia en la elaboración del producto. Por ello los SI constan de tres partes íntimamente relacionadas:

- 1º- SI clínico-administrativo cuyo propósito es clasificar a los pacientes en grupos homogéneos.
- 2º- SI clínico-financieros que pretende medir los costes de los servicios y unidades que forman el hospital.
- 3º- Sistemas para medir la calidad.
- 4º- SI clínico-administrativo La fuente de datos principal de SI clínico administrativo es la casuística del hospital y uno de sus principales problemas es la falta de información médica rutinaria. Por ello en 1982 bajo los auspicios de CEE se elaboró el Conjunto Mínimo Básico de Datos Hospitalarios(CMBDH) que tienen que recogerse en el informe de alta y en la historia clínica.

6.1- Cartera de servicios del Insalud.

Es la oferta de técnicas y procedimientos diagnósticos, terapéuticos o de cuidados.

PRESTACIÓN ASISTENCIAL	EQUIPAMIENTO
1. TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS	- Material específico biopsia cerrada y abierta - Microscopio (oculares de 10X y objetivos 10,20,40,60,100) - Impedanciómetro - Fotóforo con fuente de luz - Estroboscopia
1.1 Procedimientos diagnósticos relacionados con el oído	
1.1.1 Evaluación audiológica	- Audiómetro - Audiómetro con cabina de aislamiento
1.1.2 Prueba clínica de audición	- Diapasón
1.1.3 Examen clínico de función vestibular	

PRESTACIÓN ASISTENCIAL	EQUIPAMIENTO
1.1.4 Pruebas rotatorias	– Silla giratoria – Electronistamografía básica – Potenciales evocados
1.1.5 Toma de muestra para biopsia	
1.1.5.1 Oído externo	
1.1.5.2 Oído medio	
1.1.6 Electrocoqueografía	– Equipo de electrocoqueografía
1.1.7 Otoscopia	– Otoscopio
1.2 Procedimientos diagnósticos sobre la región nasal	
1.2.1 Rinoscopia	– Rinoscopio rígido – Fibroscopio flexible
1.2.2 Biopsia nariz	
1.2.3 Rinomanometría	– Equipo de rinomanometría
1.3 Procedimientos diagnósticos sobre senos nasales	
1.3.1 Toma de muestra para biopsia	
1.3.1.1 Biopsia de seno cerrada (endoscópica)	– Fibroscopio flexible
1.3.1.2 Biopsia de seno abierta	
1.3.2 Transiluminación de senos nasales	– Lámpara
1.4 Toma de muestra de lengua para biopsia	
1.4.1 Biopsia cerrada de lengua (PAAF)	
1.4.2 Biopsia abierta de lengua	
1.5. Procedimientos diagnósticos sobre glándulas y conductos salivares	
1.5.1 Exploración de conducto salival	– Estilete
1.5.2 Biopsia de glándula o conducto salival	
1.5.2.1 Biopsia cerrada (PAAF)	
1.5.2.2 Biopsia abierta	
1.6 Procedimientos diagnósticos sobre la cavidad oral	
1.6.1 Biopsia de paladar óseo	
1.6.2 Biopsia de úvula y paladar blando	
1.6.3 Biopsia de labio	
1.6.4 Biopsia de boca	

PRESTACIÓN ASISTENCIAL	EQUIPAMIENTO
1.7 Toma de muestra para biopsia de amígdalas y adenoides	
1.8 Procedimientos diagnósticos sobre faringe	
1.8.1 Faringoscopia	
1.8.2 Toma de muestra para biopsia faríngea	
1.9 Procedimientos diagnósticos sobre laringe	
1.9.1 Laringoscopia	– Videolaringoscopio
1.9.2 Toma de muestra para biopsia	
1.9.2.1 Biopsia cerrada de laringe (endoscópica)	
1.9.2.2 Biopsia abierta	
1.10 Procedimientos diagnósticos sobre tráquea	
1.10.1 Traqueoscopia	– Videotraqueoscopio
1.10.2 Toma de muestra para biopsia	
1.10.2.1. Biopsia cerrada (endoscópica)	
1.10.2.2 Biopsia abierta	
1.11 Toma de muestra para biopsia de estructura linfática	
1.12 Procedimientos diagnósticos sobre esófago	– Esofagoscopio
1.13 Toma de muestra para biopsia de hueso facial	
1.14 Procedimientos diagnósticos sobre tiroides y paratiroides	
1.14.1 Biopsia percutánea (aguja) de glándula tiroides	
1.14.2 Biopsia abierta de glándula tiroides	
1.14.3 Biopsia de glándula paratiroides	
1.15 Biopsia de timo	
1.16 Biopsia de nervio o ganglio simpático	

PRESTACIÓN ASISTENCIAL	EQUIPAMIENTO
2. TÉCNICAS QUIRÚRGICAS	– Quirófano general – Microscopio quirúrgico básico – Instrumental específico de quirófano de ORL – Laringoscopia directa – Fuente de luz fría – Fotóforo con fuente de luz – Motores O.R.L. – Vídeo – Broncoscopio rígido – Láser – Equipo de monitorización facial – Esternotomo
2.1 Cirugía sobre SNC y periférico	
2.1.1 Tratamiento de lesiones de nervios craneales y periféricos (excisión, sección, avulsión, sutura, destrucción, injerto)	
2.1.2 Excisión de neurinoma del acústico	
2.1.3 Otras ganciliectomías craneales y periféricas	
2.1.4 Inyección dentro de nervio periférico de analgésicos	
2.1.5 Neuroplastia craneal o periférica	
2.2 Cirugía de nervios o ganglios simpáticos	
2.2.1 Sección de nervio o ganglio simpático	
2.2.2 Simpatectomía	
2.2.2.1 Cervical	
2.2.2.2 Paracervical	
2.2.3 Inyección en nervio o ganglio simpático	
2.2.3.1 Inyección de anestésico	
2.2.3.2 Inyección de agente neurolítico	
2.2.4 Reparación de nervio o ganglio simpático	
2.3 Cirugía de tiroides y paratiroides	
2.3.1 Tiroidectomía	
2.3.1.1 Parcial	
2.3.1.2 Total	
2.3.2 Paratiroidectomía	

PRESTACIÓN ASISTENCIAL	EQUIPAMIENTO
2.3.2.1 Parcial	
2.3.2.2 Total	
2.3.2.3 Total y reimplantación	– Equipo de criopreservación
2.3.3 Extirpación de conducto tirogloso	
2.4 Cirugía del timo	
2.4.1 Timectomía	
2.5. Cirugía del oído	
2.5.1 Excisión o resección de lesión del oído externo	
2.5.1.1 Excisión de fístula preauricular	
2.5.1.2 Resección de otra lesión del oído externo (exostosis)	
2.5.1.3 Excisión radical de lesión del oído externo	
2.5.2 Sutura de laceración del oído externo	
2.5.3 Corrección o reparación plástico	
2.5.3.1 Corrección quirúrgica de pabellón auricular prominente	
2.5.3.2 Reconstrucción de CAE	
2.5.3.3 Reconstrucción del pabellón del oído	
2.5.3.4 Reposición de oreja amputada	
2.5.4 Estapedectomía	
2.5.5 Miringoplastia	
2.5.6 Timpanoplastia	
2.5.7 Miringotomía	
2.5.7.1 Sin inserción de tubo	
2.5.7.2 Con inserción de tubo	
2.5.7.3 Extracción de tubo	
2.5.8 Incisión y drenaje de mastoides	
2.5.9 Mastoidectomía	
2.5.9.1 Simple	
2.5.9.2 Radical	
2.5.10 Excisión de lesión de oído medio	
2.5.11 Drenaje endolinfático	

PRESTACIÓN ASISTENCIAL	EQUIPAMIENTO
2.5.12 Otra destrucción del oído interno	
2.5.13 Operaciones sobre la trompa de Eustaquio	
2.5.14 Resección hueso temporal	
2.5.15 Timpanosimpatectomía	
2.5.16 Reparación de las ventanas oval y redonda (fístula)	
2.5.17 Inyección de caja timpánica	
2.5.18 Implantación de prótesis auditiva electromagnética	
2.5.19 Implantación o sustitución de prótesis coclear	
2.6. Cirugía de la nariz	
2.6..1 Control de epistaxis	
2.6.1.1 Ligadura vascular	
2.6.1.2 Excisión de mucosa nasal e injerto de piel	
2.6.2 Excisión local o extirpación de lesión nasal	
2.6.3 Resección de la pirámide nasal	
2.6.4 Septoplastia	
2.6.5 Turbinectomía	
2.6.5.1 Por diatermia	– Equipo de diatermia
2.6.5.2 Por criocirugía	– Equipo de criocirugía
2.6.6 Reducción abierta de fractura nasal	
2.6.7 Operaciones de reparación y cirugía plástica	
2.6.7.1 Sutura de laceración de nariz	
2.6.7.2 Cierre de fístula nasal	
2.6.7.3 Reconstrucción nasal total	
2.6.7.4 Rinoplastia	
2.6.7.4.1 De aumento	
2.6.7.4.2 Secundaria	
2.6.7.4.3 Limitada	
2.6.8 Lisis de adherencias de nariz	
2.7 Cirugía de senos nasales y paranasales	
2.7.1 Antrotomía	
2.7.2 Sinusotomía	
2.7.3 Sinusectomía	

PRESTACIÓN ASISTENCIAL	EQUIPAMIENTO
2.7.4 Excisión de lesión de seno maxilar	
2.7.5 Etmoidectomía	
2.7.6 Esfenoidectomía	
2.7.7 Reparación de seno maxilar	
2.8 Cirugía sobre dientes y encías	
2.8.1 Excisión de lesión maxilar de origen dentario	
2.9 Cirugía de la lengua	
2.9.1 Excisión o destrucción de lesión de la lengua	
2.9.2 Glossectomía	
2.9.2.1 Parcial	
2.9.2.2 Total	
2.9.3 Intervenciones de reparación de lengua	
2.9.3.1 Sutura de laceración	
2.9.3.2 Glosoplastia	
2.9.4 Frenectomía	
2.9.5 Frenotomía	
2.9.6 Lisis de adherencias	
2.9.7 Glosotomía	
2.10 Cirugía de glándulas y conductos salivares	
2.10.1 Incisión y drenaje de glándula y conductos salivares	
2.10.2 Excisión de lesión y glándula salivar	
2.10.3 Marsupialización de quiste de glándula salivar	
2.10.4 Sialoadenectomía	
2.10.4.1 Parcial	
2.10.4.2 Total	
2.10.5 Operaciones de reparación y plásticas sobre glándula o conducto salivar	
2.11 Cirugía de la cara y la boca	
2.11.1 Drenaje de la cara y suelo de la boca	
2.11.2 Incisión del paladar	
2.11.3 Excisión de lesión o tejido del paladar	
2.11.4 Excisión de lesión labial	

PRESTACIÓN ASISTENCIAL	EQUIPAMIENTO
2.11.5 Reparación plástica de la boca	
2.11.5.1 Sutura laceración	
2.11.5.2 Cierre de fístula	
2.11.5.3 Reparación de labio fisurado	
2.11.5.4 Injerto de piel aplicado a labio y boca	
2.11.5.5 Unión de pedículo o injerto de colgajo al labio y cavidad bucal	
2.11.5.6 Otra reparación plástica	
2.11.6 Palatoplastia	
2.11.6.1 Sutura de laceración	
2.11.6.2 Corrección paladar fisurado (estafilorrafia)	
2.11.6.3 Otra reparación plástica	
2.11.7 Cirugía de úvula	
2.12 Cirugía de amígdalas y adenoides	
2.12..1 Incisión y drenaje de amígdala y estructura periamigdalina	
2.12.2 Amigdalectomía	
2.12.2.1 Sin adenoidectomía	
2.12.2.2 Con adenoidectomía	
2.12.2.3 Extirpación de amígdala lingual	
2.12.3 Adenoidectomía sin amigdalectomía	
2.12.4 Extracción de cuerpo extraño de amígdala o adenoides	
2.12.5 Excisión de lesión de amígdala y adenoides	
2.13 Cirugía de la faringe	
2.13.1 Faringotomía	
2.13.2 Excisión de quiste o vestigio de hendidura braquial	
2.13.3 Excisión o resección de lesión de faringe	
2.13.3.1 Miotomía cricofaríngea	

PRESTACIÓN ASISTENCIAL	EQUIPAMIENTO
2.13.3.2 Diverticulotomía faríngea	
2.13.3.3 Faringuectomía parcial	
2.13.3.4 Otra excisión o resección	
2.13.4 Operación plástica sobre faringe	
2.13.5 Reparación de faringe (con colgajos libres o pedículos)	
2.13.5.1 Sutura de laceración de faringe	
2.13.5.2 Cierre de fístula de hendidura branquial	
2.13.5.3 Cierre de otra fístula de faringe	
2.14 Cirugía de la laringe	
2.14.1 Excisión o resección de lesión o tejido de laringe	
2.14.2 Marsupialización de quiste laríngeo	
2.14.3 Laringuectomía	
2.14.3.1 Parcial	
2.14.3.1.1 Hemilaringuectomía	
2.14.3.1.2 Epiglottectomía	
2.14.3.1.3 Cordectomía	
2.14.3.2 Total	
2.14.3.3 Radical (ampliada)	
2.14.4 Inyección en laringe (grasa, toxina botulínica)	
2.14.5 Reparación de laringe	
2.14.5.1 Sutura de laceración	
2.14.5.2 Cierre de fístula	
2.14.5.3 Revisión de laringostomía	
2.14.5.4 Reparación de fractura laríngea	
2.14.5.5 Cirugía rehabilitadora de la voz	
2.15 Cirugía de tráquea	
2.15.1 Traqueotomía temporal	
2.15.2 Traqueotomía permanente	
2.15.3 Excisión local o destrucción de lesión o tejido	

PRESTACIÓN ASISTENCIAL	EQUIPAMIENTO
2.15.4 Operaciones de reparación y plástica sobre traquea	
2.15.4.1 Sutura de laceración	
2.15.4.2 Cierre de fístula externa	
2.15.4.3 Cierre de otra fístula	
2.15.4.4 Revisión de traqueotomía	
2.15.4.5 Reconstrucción de traquea y laringe artificial	
2.15.5 Fistulización traqueoesofágica	
2.16 Cirugía del sistema linfático	
2.16.1 Extirpación de ganglio linfático cervical	
2.16.2 Linfadenectomía de cuello	
2.16.3 Operaciones sobre conducto torácico	
2.17 Cirugía de huesos y articulaciones faciales	
2.17.1 Tratamiento de osteomielitis de huesos faciales	
2.17.2 Escisión local o destrucción de lesión de huesos faciales	
2.17.3 Reconstrucción de huesos faciales y mandíbula	
2.17.4 Ostectomía	
2.17.4.1 Parcial	
2.17.4.1.1 Mandibulectomía parcial	
2.17.4.1.2 Ostectomía, exéresis o escisión parcial de otro hueso facial	
2.17.4.2 Total	
2.17.4.2.1 Mandibulectomía total con reconstrucción simultánea	
2.17.4.2.2 Mandibulectomía total	

PRESTACIÓN ASISTENCIAL	EQUIPAMIENTO
2.17.4.2.3 Ostectomía total de otro huesos facial con reconstrucción simultánea	
2.17.4.2.4 Ostectomía total de otro hueso facial	
2.17.5 Reparación de hueso facial y cirugía ortognática	
2.17.5.1 Osteoplastia de mandibular	
2.17.5.2 Osteoplastia del maxilar	
2.17.5.3 Genioplastia	
2.17.6 Reducción abierta de fractura facial	
2.17.7 Injerto óseo a hueso facial	
2.17.8 Inserción de implante sintético de hueso facial	
2.17.9 Reducción abierta de dislocación temporomandibular	
2.17.10 Inyección de sustancia terapéutica en articulación temporomandibular	
2.17.11 Extracción de dispositivo de fijación interna de hueso facial	
3. TÉCNICAS NO QUIRÚRGICAS	
3.1 Adiestramiento en el habla esofágica	
3.2 Aplicación de audífono	
3.3 Control de epistaxis	
3.3.1 Taponamiento nasal anterior	
3.3.2 Taponamiento posterior	
3.3.3 Cauterización	
3.4 Reducción cerrada de fractura nasal	
3.5 Aspiración y lavado del seno maxilar	
3.6 Reducción cerrada de fractura facial	
3.7 Reducción cerrada de luxación temporomandibular	

PRESTACIÓN ASISTENCIAL	EQUIPAMIENTO
3.8 Taponamiento del CAE	
3.9 Sondaje del conducto frontonasal	
3.10 Sustitución y/o extracción de dispositivos terapéuticos	
3.10.1 Tapón nasal	
3.10.2 Tubo traqueotomía	
3.10.3 Dispositivo de fijación mandibular externo	
3.10.4 Otro dispositivo terapéutico de cabeza y cuello	
3.11 Extracción de cuerpo extraño intraluminal	– Fibroscopio rígido – Equipo de endoscopia

6.2– El control de calidad en el Insalud.

Los hospitales o los centros sanitarios constituyen auténticas empresas de servicios cuyo producto que presta a la población es la asistencia sanitaria. El elemento fundamental de este tipo de empresas es la percepción que el cliente tiene del servicio que se le ofrece; jugando en ello un papel fundamentalmente importante el personal que presta este servicio.

En el caso de los servicios sanitarios el personal fundamental es el personal facultativo seguido por el personal de enfermería, constituyen el núcleo esencial del personal del centro. En su trabajo están auxiliados por otras categorías profesionales: administrativos, celadores, etc...

En el médico recaen responsabilidades tan trascendentes como diagnosticar y aplicar adecuadamente el tratamiento, indicar la necesidad de ingreso hospitalario, racionalizar los procesos de diagnóstico y tratamiento aplicando la medicina basada en la evidencia científica y por último analizar el resultado de su actuación.

La prestación de esta asistencia exige la puesta en marcha de medidas tendentes a garantizar que, además de que la prestación de servicios responde a criterios técnico-asistenciales, se ha utilizado procedimientos seguros y en concordancia con las necesidades del paciente. La herramienta que se ha mostrado más útil en este aspecto es la protocolización de actividades. Asimismo, la elaboración de guías clínicas y vías de práctica clínica con la ayuda metodológica de la medicina basada en la evidencia puede aportar una visión más integrada del proceso asistencial, un método de reflexión para las expectativas de los pacientes u otros destinatarios, de sus actividades, y un sistema organizado para la evaluación sistemática y la mejora continua.

Hoy por hoy, es raro encontrar alguna opinión sobre algún producto o servicio en la que no se haga una medición sobre su calidad o sobre la sistemática intención de su mejora. Resulta obvio que profesionales y empresas se esfuerzan en alcanzar objetivos de la mejora de calidad en sus prestaciones; no quedando al margen los centros y servicios sanitarios y sociales.

Desde el punto de vista médico, podemos decir que es el grado de capacidad que puede tener una organización o acto concreto de asistencia sanitaria para satisfacer las necesidades de los consumidores. Para mejorar la calidad es necesario conocer con que grado de la misma prestamos un servicio, de forma que se requieren mecanismos de evaluación que nos sitúen en el punto de partida.

Algunos de los atributos que pertenecen al marco de la calidad son: la eficacia, eficiencia, seguridad de nuestras actuaciones minimizando los riesgos, adecuación de nuestros recursos a las necesidades y a la cartera de servicios, competencia profesional, cualificación científico-técnica, satisfacción del paciente, satisfacción de los profesionales, estado operativo de los equipos y garantía de la continuidad asistencial.

La evaluación de la calidad se debe efectuar con actividades de carácter interno y mediante programas de evaluación externa, como la Acreditación. Las empresas deben proponer sus objetivos de calidad, sus propósitos de mejora y realizar un control continuo de su grado de cumplimiento, para lo cual se manejan indicadores.

Destinatarios y promotores de la calidad.

No todos los sectores implicados en el proceso de asistencia sanitaria van a establecer la misma jerarquía a la hora de establecer los objetivos de mejora de la calidad:

- Consumidores: Adecuación de los servicios (correcta relación entre la disponibilidad del servicio y sus necesidades) y efectividad (capacidad de mejorar el grado de salud que posee un procedimiento o tratamiento concreto).
- Profesionales: Nivel científico-técnico de la prestación.
- Autoridad sanitaria: Priorizará los costes, buscando como objetivo la valoración más idónea entre el impacto real de un servicio y su coste de producción (eficiencia).

Otro atributo de la calidad es la Seguridad, que procura obtener el beneficio del paciente con los menores riesgos.

La calidad como objetivo alcanzable.

La calidad tiene una dimensión intrínseca de carácter científico-técnico relacionada con la capacidad profesional en la línea de conocimientos, competencia y habilidades, y otra dimensión percibida por el cliente en la que intervienen factores del entorno, aspectos organizativos y actitudes. Los médicos tendemos a desarrollar habitualmente iniciativas de mejora en los aspectos intrínsecos de la calidad y a olvidarnos de aquellos del ámbito de la percepción.

Estrategias para incrementar la percepción de la calidad por parte de los clientes:

1. Medidas educativas:
 - (a) A los profesionales: respeto a la dignidad de la persona, garantizar privacidad y confidencialidad.
 - (b) A los clientes: educarles en el conocimiento de su problema, participación en la toma de decisiones y manejo de los recursos terapéuticos (autonomía).
2. Cuidado del entorno: ambiente higiénico, iluminado y accesible (grato).
3. Medidas organizativas: programar la actividad para evitar demoras y aglomeraciones, salas restringidas para pacientes con patologías especiales.

4. Control de equipo: supervisión periódica de los equipos e instrumentos (reducción de riesgos).
5. Formación continuada: debe ser programada según los aspectos prioritarios para nuestra actividad, debe aportar formación sobre nuestras necesidades cotidianas y dirigirse a incrementar nuestras habilidades.
6. Revisión de historias.
7. Análisis de resultados inesperados.
8. Encuestas de satisfacción del cliente.
9. Análisis de quejas y reclamaciones.
10. Protocolización de procesos más relevantes y frecuentes.

El coste de la calidad.

Debemos tratar de buscar la calidad a costes racionales y asumibles, no sólo evitando los despilfarros, sino eliminando aquellas mejoras de calidad que no añaden ningún valor al servicio (y que, por lo tanto, pasan desapercibidas para el cliente). Esto nos lleva a concluir que el objetivo debe ser la búsqueda de la calidad óptima (trata de conseguir el equilibrio entre el coste y el beneficio, logrando una asistencia útil y suficiente con un coste razonable para el cliente) y la calidad lógica (se relaciona con la demanda de información que debe ser útil y relevante).

La relación entre calidad y cantidad asistencial debe ser adecuada. Cuando la cantidad de atención prestada es insuficiente para lograr el beneficio de salud previsible es evidente que ésta manifiesta un déficit de calidad, no cubriendo las necesidades del paciente y generando insatisfacción del mismo. Si por el contrario la cantidad es excesiva y desproporcionada (asistencia defensiva), parte de la misma no contribuye a mejorar la salud, e incluso puede llegar a resultar perjudicial, por lo que la atención médica tiene un déficit de calidad por exceso al generar un mayor coste del necesario.

Para la evaluación de la asistencia médica utilizaremos dos valores:

- Suficiencia: grado con el que hemos realizado todo aquello que se considera necesario para una buena práctica médica.

$$S = \text{Nº de criterios establecidos cumplidos} / \text{Nº total de criterios establecidos} \times 100$$

- Eficiencia: hace referencia al uso adecuado de la información, indicando en qué grado hemos realizado aquello que era preciso.

$$E = \text{Nº de criterios establecidos cumplidos} / \text{Nº total de criterios registrados} \times 100$$

Planificación de la calidad.

Planificar significa:

- Evaluar pasado y presente para garantizar el mejor futuro.
- Definir la forma en que vamos a actuar en la línea de innovación.
- Llevar a cabo el plan estratégico y controlar los resultados.

Los planes deben ser preferentemente operativos, es decir, con objetivos específicos y corto plazo de ejecución (menos de un año). El proceso general de planificación de calidad consiste en:

1. Análisis ambiental de la organización, interno y externo (asegurar que todo aquello que quieren los clientes se consiga).
2. Desarrollar una misión de calidad (razón fundamental operativa).
3. Establecer una política de calidad (factor integrador del personal implicado). Hay que considerar:
 - (a) ¿Quiénes son, qué son y dónde están los clientes?. Es conveniente para determinar quienes son los clientes aplicar mecanismos de segmentación, distribuyendo a los clientes en grupos con similares necesidades, características y comportamientos, para lo cual tendremos en cuenta aspectos demográficos, sociales, culturales y psicológicos.
 - (b) ¿Qué tipo de servicios necesitan y cuándo?
 - (c) ¿Qué actuaciones están realizando los competidores y por qué?
4. Definición de objetivos y desarrollo de planes de acción, fijándonos metas, eliminando fallo y errores.
5. Aplicación del plan, control y evaluación del mismo. Para ello es imprescindible la gestión de información con un sistema eficaz de recogida de datos. El desarrollo de sistemas de información de la calidad permitirá que sean dirigidos hacia la coordinación competitividad y a los aspectos de la aplicación del plan. Debemos incorporar mecanismos de evaluación externa.

Etapas para la planificación de la calidad:

- Identificación de quienes son los clientes.
- Determinación de sus necesidades.
- Trasladar esas necesidades al ámbito de nuestra empresa.
- Optimizar las características del servicio para que satisfaga nuestras necesidades y las del cliente.
- Desarrollar procesos que sean capaces de prestar el servicio.
- Optimización de los procesos.
- Demostrar que los procesos pueden desarrollar el servicio en condiciones operativas.
- Transferencia de los procesos al terreno operativo, implicando al personal, equipamiento y sistemas organizativos.

Por lo tanto debemos planificar los recursos humanos (dotarlos de conocimientos, destrezas y habilidades), proporcionar equipamiento o concertar prestaciones que no podamos cubrir y desarrollar los mecanismos que nos permitan el control y examen de nuestras actividades.

Calidad en la estructura organizativa.

Clásicamente el desarrollo de una estructura organizativa implica:

- Asignación de tareas para cada puesto de trabajo.
- Desarrollo estratégico de la división de la organización en unidades específicas con niveles de autonomía asignados.
- Mecanismos de jerarquización que faciliten la comunicación, la coordinación, la toma de decisiones y el cumplimiento de las órdenes.

Una de las actividades más influenciadas por la estructura organizativa es el diseño del puesto de trabajo. En la actualidad se tiende a:

- La ampliación, aumentando la variedad de actividades que una persona lleva a cabo y mejorando las habilidades y competencias de los mismos.
- Rotación por diferentes lugares de trabajo, incrementando habilidades y conocimientos, evitando la rutina y el aburrimiento, e incrementando la motivación de los trabajadores.
- Enriquecimiento en el desarrollo de los contenidos del trabajo, fomentando la educación y formación, que redundará en mayores logros, reconocimiento y responsabilidad.

Cómo medir la calidad.

La calidad puede medirse en cualquier momento, y además podemos medir sus características con el grado de extensión que nos interese, para lo que utilizaremos los indicadores. Un indicador representa un valor o un dato que nos informa de nuestra situación, y su seguimiento refleja una tendencia de mejora, empeoramiento o estancamiento.

Se deben elegir los indicadores para que nos proporcionen información del punto de partida, evolución de la actividad y fijar objetivos; detectan desviaciones puntuales y tendencias a lo largo del tiempo. Teniendo en cuenta que los indicadores representan elementos de medida que deben dirigirse hacia los procesos y resultados con una perspectiva positiva de mejora, debemos tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Priorizar áreas de interés eligiendo o construyendo un indicador que mida lo que queremos.
- Ser acordado con las personas implicadas.
- Utilizarlo en los puntos débiles para realmente mejorar.

Existen numerosos indicadores, por ejemplo:

* Indicador de demanda del servicio: $\text{N}^\circ \text{ total de solicitudes de consultas} / \text{periodo de tiempo (mes, trimestre, año)}$.

* Tasa de consentimiento informado: $\text{N}^\circ \text{ de pacientes a los que se les solicita} / \text{N}^\circ \text{ total de pacientes tributarios del consentimiento} \times 100$.

* Tasa de informe final: $\text{N}^\circ \text{ de pacientes a los que se facilita la información} / \text{N}^\circ \text{ total de pacientes asistidos} \times 100$.

Los indicadores deben cumplir los siguientes requisitos:

- Ser suficientes en número (ajustados a lo que se quiere medir).
- Ser representativos de la actividad que desarrolle el centro.
- Deben reflejar la medida de la característica con la mayor fidelidad posible.
- Ser objetivos.
- Ser fáciles de manejar por los responsables.
- Ser cuantificables.
- Permanecer a lo largo del tiempo.
- Poderse obtener de forma sencilla.

7- PROPUESTAS DE MEJORA CONTINUA DEL SERVICIO.

Hace referencia a las aportaciones e innovaciones que se podrían introducir en el servicio para mejorar los resultados.

- Debe ser realista.
- Fundamentado en un análisis de las amenazas, oportunidades, fortalezas y debilidades (DAFO)

DIAGRAMA DAFO-CAME		
ANALISIS	FACTORES	ESTRATEGIA
INTERNO	DEBILIDADES :	CORREGIR:
EXTERN O	AMENAZAS:	AFRONTAR:
INTERNO	FORTALEZAS:	MANTENER:
EXTERN O	OPORTUNIDADES :	EXPLOTAR:

- Al menos debería hacer referencia a:
 - Definición del programa.
 - Problema que se pretende resolver.
 - Material y métodos.
 - Resultados esperables.
 - Metas.
 - Criterios de evaluación.
 - Cronograma posible de implantación.
 - Referencia bibliográfica.

El desencanto de los médicos con su profesión es un fenómeno común a todos los países desarrollados, donde el salario y la carga de trabajo no inciden tanto como el desencuentro con el paciente y la falta de correspondencia entre las expectativas del facultativo al comienzo de su carrera y las nuevas exigencias de los servicios de salud. Así lo describe un artículo del British Medical Journal.

Los médicos españoles están desencantados y frustrados. Colegios, sindicatos y sociedades científicas llevan años repitiendo esta queja que, según un artículo publicado en el British Medical Journal, es un fenómeno global con causas comunes y con especial prevalencia en los países desarrollados.

Según los autores, los salarios y las cargas de trabajo son causas obvias del desencanto. Sin embargo, hay evidencias de que el descontento también es importante en países con mejores nóminas y mayor tiempo de consulta. La mayor parte de las causas de la situación que sufren los médicos está posiblemente relacionada con las diferencias en las expectativas de los pacientes, los gobiernos y los empleadores, además de otros motivos de la propia medicina.

El artículo destaca que el mundo desarrollado ha visto reducciones significativas en la autonomía médica y aumentos en la responsabilidad como consecuencia del intento de someter la medicina a políticas de coste-eficiencia. Esto se ha traducido en el auge de protocolos, guías clínicas, auditorías y otros controles que muchos médicos creen que les restan control sobre su profesión.

Los cambios en las relaciones con los pacientes y la sociedad son particularmente importantes. Ha habido una erosión de la deferencia hacia las profesiones y una pérdida de confianza, coincidiendo con la sensación de que los medios de comunicación han pasado a ser más hostiles. Al mismo tiempo, los usuarios demandan acceso rápido a consultas amplias. La disponibilidad de información sanitaria y la sensación de propiedad están incidiendo negativamente sobre la relación médico-paciente. Todo ello se combina a veces con expectativas poco realistas sobre el poder de la medicina para resolver las enfermedades de la vida moderna.

Respecto a las causas intrínsecas a la medicina, la dificultad del trabajo conlleva altos niveles de estrés relacionados con la auto-exigencia. El trabajo en equipo suele ayudar a hacer frente a ese estrés, pero la habilidad para trabajar en conjunto no la tienen todos los profesionales.

Según el estudio, la medicina se basa en un modelo que entrena a los médicos para relacionarse con individuos, no con organizaciones, y para asumir personalmente las responsabilidades, sin delegar. Estos factores acentúan la carga de trabajo y el estrés.

Un punto importante es la disonancia entre las expectativas que tienen los médicos al comienzo de sus carreras y lo que realmente ofrece el trabajo diario. El contrato psicológico es un concepto útil para entender el problema. Se trata del pacto implícito entre médicos, empleadores y la sociedad, que consiste en qué dan las partes y qué reciben a cambio. Este contrato parece haber cambiado sin un debate previo aceptado por todas las partes. El tipo de contrato que define qué deberían aportar los médicos y qué lograrían que ha operado en las últimas décadas está descrito en uno de los cuadros reproducidos en esta página. La falta de correspondencia entre lo que esperan obtener los facultativos y los nuevos imperativos de las organizaciones sanitarias es un hecho.

Hay elementos en el viejo pacto que son insostenibles, ya que no casan con los objetivos de los proveedores sanitarios. Y algunos elementos son obstáculos para el avance de la medicina, particularmente los que perpetúan el trabajo fuera de dinámicas de equipo.

El cambio es factible, ya que existen médicos que han variado su relación con el sistema para el que trabajan implicándose más en sus equipos, en los objetivos del sistema, en la mejora de la calidad y la eficiencia en el gasto. Una de las claves para mejorar consiste en que los profesionales participen en la definición de los objetivos del servicio, y en la asignación de recursos, y que disfruten de los medios necesarios para lograr los fines pactados. Entre las soluciones también figuran los permisos para actividades de reciclaje.

La relación con los gobiernos también debe cambiar. En el nuevo marco, los médicos deben asumir que tienen que seguir protocolos nacionales y comprometerse con la calidad, mientras que las administraciones deben contar con el colectivo para definir objetivos y criterios realistas en ambos campos. Los políticos también tendrían que profundizar en la toma de decisiones basadas en evidencias. Los médicos deberían mimar su comunicación con los pacientes, educándoles sobre qué pueden esperar y qué no de la medicina y

delegando esta función en otros miembros del equipo en caso de no disponer de tiempo suficiente para hacerlo en la consulta.

En el terreno formativo, los profesionales deberían ser mejor preparados desde la universidad para asumir roles de liderazgo.

8- BIBLIOGRAFÍA.

1. Constitución Española
2. LEY 16/2001, de 21 de noviembre, por la que se establece un proceso extraordinario de consolidación y provisión de plazas de personal estatutario en las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social de las Servicios de Salud del Sistema Nacional de Salud.
3. ORDEN de 4 de diciembre de 2001 por la que se convoca proceso extraordinario de consolidación de empleo para la selección y provisión de plazas de Facultativo Especialista de Área de Otorrinolaringología en las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social dependientes del INSALUD.
4. Ley General de la Seguridad Social de 30 de mayo de 1974.
5. Ley General de Sanidad de 25 de abril de 1986.
6. Real Decreto de 20 de enero de 1995, sobre prestaciones
7. Conjunto Mínimo de Datos. Hospitales del Insalud 2000.
8. CMBD Insalud. Análisis de los GRDs, año 2000. <http://www.msc.es/cmbd/>
9. Plan de Atención Especializada. Memoria 2000. Insalud.
10. Asistencia Especializada. Actividad 2000. Evolución de indicadores 1991–2000.
11. Mapa de recursos de asistencia especializada 2000. Insalud
12. Mapa de recursos de asistencia especializada. Diciembre de 2001. Insalud.
13. Sistema de Información–Cartera de Servicios de Atención Especializada del Insalud. <http://www.msc.es/actasist/especializada/cartera/carte.htm>
14. Sistema de información de asistencia especializada: Manual de explotación 2001. Insalud.
15. Análisis de los costes por proceso en los hospitales del Insalud 1998.
16. Fundaciones de investigación. Insalud 2001.
17. Plan Nacional de Investigación Científica y Desarrollo Tecnológico 2000–2003.
18. Plan estratégico del Hospital Ciudad de Coria.
19. Plan de Calidad Enero–2002 del Hospital Virgen de la Concha de Zamora. <http://www.calidadzamora.com>
20. Asociación Española de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. <http://www.aeets.org>
21. Informes de la Agència d’Avaluació de Tecnologia Médica de Catalunya.

22. Noticias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía.
23. Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int>
24. Instituto Nacional de Estadística. www.ine.es
25. Plan Nacional de Formación. Comisión Nacional de Otorrinolaringología. <http://www.netmir.com/main.htm>
26. Guías clínicas. National Guideline Clearinghouse. <http://www.guideline.gov/index.asp>
27. Colaboración Cochrane. The Canadian Cochrane. <http://www.cochrane.mcmaster.ca/default.asp?u=0>
28. Cochrane Newsletters. <http://www.cochrane.org/newslett/>
29. Centro español de la Colaboración Cochrane. <http://www.cochrane.es>
30. Recursos Administrativos. <http://www.adminweb.org>
31. Servicio de Información Administrativa de la Junta de Extremadura. <http://sia.juntaex.es/sia2/index.htm>
32. Guías y memorias. <http://medicosinterinos.com>
33. Propuesta de estructura de Memoria del Sindicato Comisiones Obreras.
34. Propuesta de estructura de Memoria del Sindicato CSI–CSIF
35. Esquemas y memorias elaboradas por el Sindicato ASTISA.
36. Metodología para la elaboración de la memoria destinada al desempeño de Plaza Asistencial. Valdizán, J. R. Comisión de Formación Continuada del Hospital Miguel Servet de Zaragoza. Sociedad Aragonesa de Metodología de la Investigación.
37. Metodología para la elaboración de la Memoria. Hospital La Paz de Madrid.
38. Guía General para la elaboración de memorias profesionales para selección de médicos estatutarios en el proceso de consolidación de empleo. Repullo Labrador, J.R., Oteo Ochoa, L.A. Organización Médica Colegial de España.
39. Guía para la elaboración de la Memoria y la realización de la Entrevista. Instituciones Sanitarias del Insalud. diciembre 2001. Editorial MAD.