



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

Trabajo Fin de Máster

**MEMORIA GESTIÓN DE LA
SECCIÓN DE UROLOGÍA DEL
HOSPITAL UNIVERSITARIO
RAFAEL MÉNDEZ DE LORCA (ÁREA
III DE SALUD DE LA REGIÓN DE
MURCIA)**

**Manuel José Segura
Sánchez**

**Murcia
19/07/2018**

Vº Bº: Profesor Raúl Gómez Gallego

Índice

1. Propósito del documento.....	1
2. Marco general y características del Sistema Nacional de Salud y del Servicio de Salud de la Región de Murcia.....	2
2.1. Marco legal del Sistema Murciano de Salud.....	2
2.2. Datos sociodemográficos de la Región de Murcia.....	3
2.3. Planificación Estratégica del Servicio Murciano de Salud.	4
3. Análisis estratégico.....	7
3.1. Análisis externo.....	7
3.1.a. Recursos sanitarios del Área III de Salud.....	7
3.1.b. Recursos estructurales y humanos del H. U. Rafael Méndez.	9
3.1.c. Cartera de Servicios del Área III, Hospital Rafael Méndez.	11
3.1.d. Actividad asistencial.....	11
3.1.e. Previsión de la demanda.	13
3.2. Análisis interno.	15
3.2.a. Estructura funcional.	15
3.2.b. Recursos humanos.	16
3.2.c. Cartera de Servicios.....	16
3.2.d. Matriz DAFO/CAME.....	18
4. Plan de actuación de la unidad de gestión clínica.....	21
4.1. Misión, visión y valores.....	21
4.1.a. Misión: ¿qué hacemos? ¿cómo lo hacemos? ¿dónde lo hacemos? ¿para qué lo hacemos?	21
4.1.b. Visión: ¿qué queremos ser?.....	21
4.1.c. Valores: ¿cómo queremos serlo?.....	21
4.2. Líneas estratégicas, factores claves del éxito.	22
4.2.a. Líneas estratégicas.	22
4.2.b. Factores clave del éxito.....	23
4.3. Objetivos asistenciales y de sostenibilidad.....	23
4.3.a. Objetivos asistenciales.	23
4.3.b. Objetivos de sostenibilidad.....	24
4.4. Mapa de procesos de la unidad.....	24
4.5. Procesos estratégicos, operativos y de soporte.	25
4.5.a. Procesos estratégicos.....	25
4.5.b. Procesos operativos.	25
4.5.c. Procesos de soporte y apoyo.	26
4.6. Plan de calidad y seguridad de la asistencia sanitaria (PCSAS).	27
4.7. PCSAS: Seguridad del Paciente.	28
4.7.a. Protocolos para la <i>seguridad del paciente hospitalizado</i> en la unidad de urología.	28
4.7.b. Protocolos para la <i>seguridad del paciente quirúrgico</i> : despliegue e implementación de un proyecto de seguridad del paciente quirúrgico en la unidad de urología.	29
4.8. PCSAS: Calidad Asistencial. Protocolos y Rutas.	29
4.8.a. Rutas Asistenciales.	29

4.8.b. Protocolos Asistenciales.....	30
4.9. Atención Centrada en el Paciente.	31
4.9.a. Accesibilidad.....	32
4.9.b. Continuidad asistencial.	32
4.9.c. Calidad percibida.	33
4.9.d. Pacientes por la seguridad de los pacientes.	34
4.10. Gestión del conocimiento e innovación.	35
4.11. Actividad investigadora, formación continuada y docencia.....	36
4.11.a. Actividad investigadora.....	36
4.11.b. Formación continuada.	37
4.11.c. Docencia.	38
4.12. Monitorización del plan de gestión: el cuadro de mando.....	39
5. Relación de figuras y tablas.	43
6. Bibliografía y recursos utilizados.	43
7. Currículum.	45
7.1. Perfil profesional.....	45
7.2. Funciones del Jefe Clínico.	54

1. Propósito del documento.

El presente documento constituye el trabajo final del Máster Oficial en Dirección y Gestión Sanitaria de la Universidad Internacional de La Rioja, como tal, su objetivo primero es la superación y obtención de dicho título de posgrado.

El propósito concreto será elaborar una memoria de gestión, para optar/prestar una hipotética candidatura a la jefatura de la unidad de Urología del Hospital Universitario Rafael Méndez de Lorca, hospital de referencia del Área III de Salud del Sistema Murciana de Salud. En cualquier caso, espero y deseo, que el intenso trabajo desarrollado sea punto de partida y/o herramienta con la que, desde mi servicio, implantar mejoras asistenciales significativas en nuestro entorno.

Así pues, en el desarrollo del presente documento, se volcará especial énfasis en aquellos aspectos relacionados en la *calidad y seguridad del paciente*, así como en los elementos implicados en el origen y reducción de la *variabilidad en la práctica clínica médica*, por entender por nuestra parte, que dichos elementos se constituyen en los primeros pasos lógicos a emprender en el camino de la excelencia asistencial completa y por apreciar estos elementos como los que, al menos inicialmente, pueden producir resultados asistenciales más evidentes por transmitirse de forma más directa a la práctica clínica.

Y ello sin olvidar los profundos conflictos ante los que se encuentra todo el Sistema Nacional de Salud, con el envejecimiento de la población, la cronificación de múltiples patologías, la mayor exigencia por parte de la sociedad y la crisis de sostenibilidad de la Sanidad Pública en particular y, en definitiva, de la llamada “Sociedad del Bienestar”.

Retos frente a los cuales se planta la Gestión Clínica, con la aspiración de “mantener el equilibrio” entre la “Excelencia en la Asistencia Sanitaria”, con una infinita demanda de recursos, y la “Sostenibilidad del Sistema”, con una tenaz escasez de los mismos.

2. Marco general y características del Sistema Nacional de Salud y del Servicio de Salud de la Región de Murcia.

2.1. Marco legal del Sistema Murciano de Salud.

La **Ley General de Sanidad 14/1986 del 25 de abril**, estableció el Sistema Nacional de Salud (S.N.S.) como el conjunto de servicios de salud de la Administración del Estado y de las Comunidades Autónomas reuniendo todas las funciones y prestaciones en salud que son responsabilidad de los poderes públicos para dar cumplimiento al derecho reconocido por la constitución a la protección de la salud. Todo ello, en base a unos principios fundamentales consistentes en la Universalidad de la cobertura extendida a toda la población, la Equidad entendida como la igualdad efectiva en el acceso y prestación sanitaria, y con una esencial orientación a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Entendiendo así la Salud de forma holística, incorporando de este modo la asistencia a la salud todas las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, acciones diagnósticas, terapéuticas, rehabilitadoras y de cuidados paliativos.

Así mismo, la Ley General de Sanidad desarrolló formalmente las **Áreas de Salud** como el elemento fundamental sobre el que estructurar la asistencia sanitaria, dividida además cada Área, con el objeto de maximizar la operatividad y eficacia de los servicios sanitarios, en las **Zonas Básicas de Salud**. Cada Área de Salud dispondrá, al menos, de un hospital general con los servicios que aconseje la población a asistir, como centro encargado tanto del internamiento clínico como de la asistencia especializada y complementaria que requiera su zona de influencia.

Por otro lado, la asistencia se articulará a su vez en **dos niveles asistenciales**, la Atención Primaria y la Atención Hospitalaria Especializada, pero siempre aunados ambos niveles bajo el Área de Salud correspondiente con un **modelo de Gestión Integrada**.

Además, el Sistema Nacional de Salud se caracteriza por una marcada **descentralización, que culminó definitivamente en el año 2002**, momento a partir del cual todas las **Comunidades Autónomas disponen de las competencias sanitarias** previstas en nuestro ordenamiento jurídico, también por tanto en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

El **mapa sanitario de la Región de Murcia** queda definido y estructurado en su última modificación en **9 Áreas de Salud** según la Orden de 14 de mayo de 2015 de la Consejería de Sanidad y Política Social, por la que se modifica la Orden de 24 de abril de 2009 de la Consejería de Sanidad y Consumo, por la que se establece el mapa sanitario de la Región de Murcia¹.

¹ Boletín Oficial de la Región de Murcia 26/05/2015, núm. 119/2015, pág. 21823.

En este marco, la Sección de Urología del Hospital Universitario Rafael Méndez de Lorca pertenece y presta sus servicios en el Área III de Salud del Servicio Murciano de Salud (SMS), constituyendo dicho centro el hospital de referencia de la citada área.

Los principios que van a orientar las actuaciones del Servicio Murciano de Salud, estando alineados con los preceptos generales del S.N.S y protegidos por la Constitución, son:

- Universalidad.
- Equidad.
- Respeto a los valores de las personas sin discriminación alguna.
- Trabajo en equipo.
- Transparencia en la gestión.
- Compromiso con la eficiencia y sostenibilidad del sistema sanitario.
- Fomento de la descentralización de la gestión como instrumento para alcanzar el mayor uso de los recursos y una mayor implicación de los profesionales.

2.2. Datos sociodemográficos de la Región de Murcia².

Atendiendo a la información facilitada en el Plan de Salud 2010-2015 de la Región de Murcia, en el periodo 2003-2007, se ha experimentado un **incremento de población** de un 9,7%, el más alto de todas las comunidades autónomas de España. Este crecimiento se ha concentrado en las Áreas de Salud de Murcia, Cartagena y Lorca.

El análisis de la pirámide de población de la Región muestra **dos singularidades: la población es joven y hay más hombres que mujeres**. Al contrario de lo que ocurre en el conjunto de España, la población mayor de 65 años viene siendo, en los últimos 10 años, inferior a la población menor de 14 años. La comparación de estos dos segmentos de edad proporciona el índice de envejecimiento, que en la Región de Murcia fue del 0,8 en 2007 y en España del 1,16. Entre los años 1999 y 2003, el crecimiento entre los hombres fue del 14,3% frente al 10,2% de mujeres, aunque esta diferencia se ha reducido entre 2003 y 2007 a un 10,4% en hombres y un 9,0% de mujeres

Estas llamativas cifras, probablemente se encuentran relacionadas con un hecho significativo: **el 14,4% de la población de la Región de Murcia son extranjeros, siendo la tercera cifra más alta de España** después de las Islas Baleares y la Comunidad Valenciana. En el caso de la Región de Murcia, esto se debe a la importante dependencia económica de la Región de la actividad agrícola y ganadera, constituyéndose en un constante reclamo de mano de obra.

² Datos obtenidos de los documentos:

- Plan de Salud 2010-2015 de la Región de Murcia. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo; 2010.
- Instituto Nacional de Estadística. Contabilidad Regional, 2008.

Aunque el impacto de la actual **crisis económica** está siendo importante, la Región de Murcia ha liderado en los últimos años el crecimiento interanual del Producto Interior Bruto (PIB) en España. El incremento del PIB descontando el efecto de la inflación, llegó a ser del 4,4% en el año 2005. La tasa de crecimiento del PIB ha sido de un 3,99 en el periodo 2000-2006, la más alta de todas las comunidades autónomas. Este incremento del PIB ha sido paralelo a un elevado crecimiento de la población, de manera que el aumento de la renta per cápita ha sido menor en la Región que a nivel nacional.

En cuanto a los **niveles de pobreza**, el Instituto Nacional de Estadística viene presentando los datos de las distintas comunidades en base a un umbral único denominado estatal. La Región de Murcia fue en el año 2006 la sexta comunidad en el ranking de pobreza. Entre el año 2004 y el 2006, el porcentaje de personas por debajo del umbral de pobreza se incrementó del 24,5 al 26,4, mientras que en el conjunto del país permaneció estable.

Dado que el crecimiento económico no siempre se traduce en una mejora del bienestar social, es necesario prestar atención a la **distribución de la riqueza** en la población. En este sentido, al comparar la distribución de los niveles de renta de sus habitantes con los de otras CC. AA., la Región de Murcia es la tercera con menor desigualdad en su distribución.

Los indicadores de **cohesión social** de la Región de Murcia, como el porcentaje de la población por debajo del umbral de pobreza, nivel de estudios y otros factores configuran **una realidad susceptible al desarrollo e impacto de desigualdades en salud**. Estas desigualdades están contribuyendo de una forma destacada a que los indicadores de salud expresen una situación de la salud inferior a la media española.

2.3. Planificación Estratégica del Servicio Murciano de Salud.

La planificación estratégica del Servicio Murciano de Salud (SMS), se enmarca, desde el momento en que la Comunidad Autónoma Región de Murcia se constituye como competente para ello en virtud de la conocida Ley General de Sanidad, en lo que se han denominado **Planes de Salud**, si bien al principio coexistían dos administraciones competentes.

Los planes de salud suponen una planificación a largo plazo dentro del sistema sanitario, estableciendo objetivos de salud basados en un concepto positivo de ésta. Son un instrumento de cambio, un plan para la acción en el que se definen una serie de objetivos y un medio para mejorar la salud y la calidad de vida de la ciudadanía. De esta forma, se pasa de centrar los objetivos en la organización y la productividad de los servicios, a hacerlo en la salud de la población, extendiendo la responsabilidad a otros ámbitos no estrictamente sanitarios.

La importancia de dichos planes, no solo en la Región de Murcia, quedó recogida claramente en la jurisprudencia de nuestro país. La citada Ley General de Sanidad (Ley 14/1986 de 25 de abril) recoge que cada Comunidad Autónoma elaborará

su propio Plan de Salud, el cual comprenderá todas las acciones sanitarias necesarias para cumplir los objetivos de sus Servicios de Salud. Por otro lado, la Ley de Salud de la Región de Murcia (Ley 4/1994, de 26 de julio) los define como “la expresión de la política de salud a desarrollar por las administraciones públicas en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia”, estableciendo sus contenidos y su aprobación definitiva por el Consejo de Gobierno, previo conocimiento y aportación de alegaciones por la Asamblea Regional.

De esta manera, la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia ha elaborado cuatro Planes de Salud y numerosos documentos donde se desarrollan las líneas de actuación contenidas en dichos planes a través de otros planes y programas sectoriales. Los dos primeros se realizaron en un contexto donde el sistema sanitario se caracterizaba, como hemos comentado, por la coexistencia de dos administraciones competentes, por una parte la Administración Central, que gestionaba los servicios sanitarios asistenciales a través del Instituto Nacional de Salud (INSALUD) y, por otra, la Administración Autonómica, que reunía las competencias sanitarias derivadas de la Diputación Provincial y aquellas correspondientes a las competencias de Sanidad e Higiene recogidas en el Estatuto de Autonomía. Sin embargo, el Plan de Salud 2003-2007 se elaboró una vez asumidas (1 de enero de 2002) las competencias sobre servicios sanitarios, ejercidas hasta ese momento por el INSALUD.

El marco de referencia para el **I Plan de Salud 1993-1996** fue: la Estrategia de la OMS “Salud para Todos en el año 2000”; la Carta Europea sobre Medioambiente y Salud; la Ley General de Salud.

El **II Plan de Salud 1998-2000** estaba orientado a la integración del sistema sanitario murciano ante las transferencias sanitarias.

La elaboración del **III Plan de Salud 2003-2007** se fundamentó en: las Estrategias de la OMS-Unión Europea “Salud para todos en el siglo XXI”; el Programa de Acción Comunitario en el ámbito de la Salud Pública de la Comisión Europea.

El **último Plan de Salud 2010-2015** focaliza sus esfuerzos en aquellos condicionantes que más pueden impactar en el nivel de salud de la sociedad murciana:

- Promover la implicación de la ciudadanía con su salud, fomentando conductas y estilos saludables de vida.
- Desarrollar y reforzar políticas sanitarias e intersectoriales para promover la salud en la población, generar entornos saludables de vida, mejorar la calidad del medioambiente y potenciar los mecanismos de prevención y seguridad de la salud colectiva.
- Disminuir las desigualdades en salud, causantes en gran parte de algunos resultados desfavorables evidenciados en el análisis de situación.
- Potenciar la Atención Primaria, como base del sistema sanitario, principal interlocutor del paciente y promotor de la salud colectiva.
- Mejorar la práctica clínica en el sistema sanitario, promoviendo la reducción de la variabilidad, la continuidad de cuidados y la seguridad clínica.

- Reforzar la coordinación con los dispositivos sociales y de asistencia a la dependencia, para promover la autonomía de la ciudadanía.
- Fortalecimiento de la gestión del sistema sanitario para mejorar la respuesta de las organizaciones y profesionales a las expectativas de la sociedad.
- Reforzar los abordajes transversales de las patologías crónicas, mediante el desarrollo y evaluación de vías clínicas integrales entre niveles asistenciales, así como mejorar la efectividad de los tratamientos curativos, rehabilitadores y paliativos.
- Promocionar la capacitación e implicación del paciente mediante intervenciones individuales y grupales.
- Mejorar la prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer.

Según refiere el propio documento, el avance en cada uno de estos condicionantes exige una equilibrada actuación de los tres agentes fundamentales de este Plan de Salud: la ciudadanía, el sistema sanitario y el Gobierno e Instituciones de la Región. Igualmente, se resalta el factor de implicación de la población con el cuidado de su salud y el desarrollo de un estilo saludable de vida como la medida más efectiva para la mejora de la salud del conjunto de la sociedad. Por lo que dicho Plan de Salud hace especial énfasis en las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad desde la esfera del compromiso personal. El sistema sanitario murciano se propone con su propio plan asumir el desafío de actualizar sus formas de hacer y sus recursos para responder tanto a las expectativas ciudadanas como a las exigencias del desarrollo científico.

Por último, considera imprescindible desarrollar políticas intersectoriales para acometer los retos que se plantean en el Plan de Salud. Para ello, propone dos estrategias de desarrollo; una orientada a implicar a todos los sectores incorporándolos al compromiso de mejorar la salud y reducir las desigualdades de la población y otra en la que todos los niveles de la administración pública se sientan involucrados. Esta necesidad de desarrollar políticas intersectoriales está en plena sintonía con el objetivo de la Unión Europea de “introducir la salud en todas las políticas”, así como con otras que se están desarrollando en países con sistemas sanitarios avanzados.

3. Análisis estratégico.

3.1. Análisis externo.

3.1.a. Recursos sanitarios del Área III de Salud.

RECURSOS PROPIOS.

El **Área III de Salud** del Servicio Murciano de Salud de la Región de Murcia proporciona asistencia sanitaria especializada a los habitantes de los municipios de **Águilas, Aledo, Lorca, Puerto Lumbreras y Totana**, ascendiendo dicha población a un total de **172.630 habitantes**.

Se encuentra estructurada en diferentes **Zonas Básicas de Salud** (figura 1), cada una de las cuales contiene una serie de **Centros de Salud y Consultorios** (tabla 1) que las vertebran.

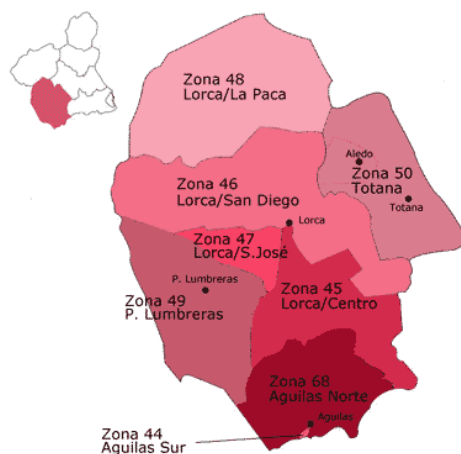


Figura 1. Fuente: Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria
Servicio Murciano de Salud. Actualización: diciembre 2017

Centro de Salud Águilas Norte	Centro de Salud Águilas Sur	Centro de Salud La Paca	Centro de Salud Lorca Centro
Centro de Salud Lorca San Diego	Centro de Salud Lorca Sur	Centro de Salud Puerto Lumbreras	Centro de Salud Totana
Consultorio Aguaderas	Consultorio Aledo	Consultorio Almendricos	Consultorio Avilés
Consultorio Barrio del Francés	Consultorio Calabardina	Consultorio Campillo	Consultorio Campo López
Consultorio Cazalla	Consultorio Consejero	Consultorio Coy	Consultorio Doña Inés
Consultorio El Esparragal (Puerto Lumbreras)	Consultorio La Campana / Pozo Higuera	Consultorio La Escucha	Consultorio La Hoya

Consultorio La Torrecilla	Consultorio Las Terreras	Consultorio Los Arejos	Consultorio Marchena
Consultorio Paretón	Consultorio Puente La Pía	Consultorio Purias	Consultorio Ramonete
Consultorio Tercia	Consultorio Tova-La Parroquia	Consultorio Zarcilla de Ramos	Consultorio Zarzadilla de Totana

Tabla 1. Fuente: Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria
Servicio Murciano de Salud. Actualización: diciembre 2017

El hospital de referencia del Área III es el **Hospital Universitario Rafael Méndez de Lorca** (figura 2). Se trata de un **hospital público** perteneciente a la red de hospitales del Servicio Murciano de Salud. Fue inaugurado en 1990, contando en la actualidad con **287 camas**. Está ubicado en las afueras de la ciudad a unos 4 kilómetros del centro urbano, en la denominada diputación de la Torrecilla, con acceso directo desde la autovía del mediterráneo.



Figura 2. Vista panorámica y ubicación geográfica del Hospital Universitario Rafael Méndez de Lorca
FUENTE: www.murciasalud.es. Portal sanitario de la Región de Murcia.

Además del hospital, se cuenta con un **centro periférico de especialidades**, ubicado en el centro urbano de Lorca, en el antiguo hospital **Santa Rosa de Lima**.

Como **recursos extra hospitalarios** se dispone de 2 *Centros de Salud Mental* (Águilas y Lorca) 2 *Unidades de Ginecología Ambulatoria* (U.G.A. Águilas y Lorca) y 2 *Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria* (E.S.A.D.) los cuales se ocupan igualmente de los Cuidados Paliativos domiciliarios.

RECURSOS EXTERNOS Y PRIVADOS.

Existen también una serie de **recursos privados en relación de concierto** con el sistema público del Área III, fundamentalmente

- *Hospital Virgen del Alcázar*: centro médico-quirúrgico en el que se presta asistencia de Cuidados Intermedios, Geriátrica y de Larga Estancia, así como actividad quirúrgica de múltiples especialidades de pacientes derivados del sistema público.

- *Centros de Radiodiagnóstico:* Salus Medicina (radiología convencional, mamografía, densitometría, ecografía, TC y RMN) y QDiagnóstica (TC y RMN).

Entre los **recursos sociales y comunitarios** existen multitud de asociaciones entre las destacaremos aquellas ubicadas en las poblaciones atendidas en el Área III:

- ASDIFILOR Asociación de Discapacitados Físicos de Lorca.
- Asociación Lorquina de Enfermos de Parkinson.
- Federación de Organizaciones de Mujeres de Lorca.
- Asociación de Diabéticos de Lorca.
- Asociación Alzheimer Lorca.
- Asociación de familiares y enfermos mentales de Lorca.
- APANDIS, Asociación de Padres con hijos con Discapacidad Psíquica de la Comarca de Lorca
- Asociación para la Promoción y Defensa de los Derechos de los Minusválidos. MIFITO, Totana.
- Asociación de Padres de Atención Temprana de Lorca

3.1.b. Recursos estructurales y humanos del H. U. Rafael Méndez.

RECURSOS ESTRUCTURALES.

En primer lugar, cabe destacar que recientemente se ha culminado la obra de ampliación del área quirúrgica y del área obstétrica, suponiendo esto, una notable mejoría en la actividad asistencial. No solo se ha incrementado el número neto de quirófanos y paritorios, sino que también ha supuesto una mejora cualitativa ya que los nuevos quirófanos (4 en total) se han dotado de nuevo equipamiento integrado de alta tecnología. Igualmente, la reforma integral del área obstétrica a determinado la sustitución de los 2 paritorios anteriores y obsoletos, por 4 nuevos paritorios con la última dotación, así como zonas para la observación y seguimiento de pacientes obstétricas en particular y ginecológicas en general, incluyendo estas actuaciones la creación de una Consulta para Urgencias de Ginecología y obstetricia.

Igualmente, la reforma ha incluido el rediseño de una nueva área totalmente reformada denominada Unidad de Reanimación Anestésica Precoz (U.R.P.A.) con mayor capacidad y dotación que la previa, así como la creación de la Unidad de Reanimación no existente previamente para la vigilancia intensiva de los pacientes postquirúrgicos de mayor complejidad o complicación. También se ha procedido a la reubicación del hospital de día quirúrgico, creando una nueva sala que se constituye en un auténtica Unidad de Cirugía Menor Ambulatoria.

La creación de estos nuevos espacios ha dado lugar a la liberación de otros, los cuales se han podido utilizar para la redistribución de servicios asistenciales como por ejemplo la Unidad de Pruebas Especiales de Cardiología que ha ido a ocupar el espacio del anterior hospital de día quirúrgico (actual unidad de C.M.A.).

Apuntar finalmente, que en 2014 se había procedido a la reforma total de la Unidad de Pediatría con la creación de un ala independiente de Pediatría con Hospitalización, Sala de Neonatos (con 8 incubadoras), Sala de lactancia y Consulta para Urgencias de Pediatría.

Con la reciente renovación, la dotación estructural del H. U. Rafael Méndez queda establecida tal y como se muestra en la siguiente tabla (tabla 3):

CAMAS TOTALES	287
Quirófanos	9
Paritorios	4
Puestos Reanimación Anestésica	6
U.R.P.A.	12 camas +2 sillones
Puestos C.M.A.	6 camas + 6 sillones
Puestos U.C.I.	9
Boxes Consultas Urgencias	13
Sala Cuidados Medios Urgencias	3 camillas + 9 sillones
Puestos Observación Urgencias	13
Locales Consultas Externas	20
Hospital de día Médico	10
Puestos Diálisis	13
Salas Rx convencional	6
Telemando Rx	2
Arco multifunción Rx	4
Mamógrafos	1
Ecógrafos	15
T.C.	1

Tabla 2. Elaboración propia.

RECURSOS HUMANOS.

En **números totales** (tabla 4):

PERSONAL	DOTACIÓN NUMÉRICA
Directivo	11
Facultativo	174
Sanitario no facultativo	513
No sanitario	291
TOTAL	987

Tabla 3. FUENTE: www.murciasalud.es. Portal sanitario de la Región de Murcia.

En cuanto al **organigrama directivo**, está definido tal y como se detalla:

- ❖ DIRECCIÓN GERENCIA.
 - DIRECCIÓN MÉDICA
 - SUBDIRECCIÓN MÉDICA
 - DIRECCIÓN DE GESTIÓN
 - SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN

- DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA
 - SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA
- COORDINACIÓN DE ATENCIAL AL USUARIO
- COORDINACIÓN DE CALIDAD
- COORDINACIÓN DE FORMACIÓN
- JEFATURA DE ADMISIÓN

3.1.c. Cartera de Servicios del Área III, Hospital Rafael Méndez.

El conjunto de servicios que el Sistema Nacional de Salud ofrece a los ciudadanos incluye actividades preventivas, diagnósticas, terapéuticas, rehabilitadoras y de promoción y mantenimiento de la salud.

La cartera de servicios básica se estableció en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud y en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se regula la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Posteriormente, la reforma sanitaria que establece el Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones modificó y completó la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud. Así pues, **la cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud comprende:** todas las actividades asistenciales de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se realicen en centros sanitarios o socio sanitarios, así como el transporte sanitario urgente. En este marco, **la cartera de servicios del Área III se ajusta a lo dispuesto por Sistema Nacional de Salud** dando cumplimiento a los preceptos constitucionales de equidad, accesibilidad y calidad asistencial.

Sin embargo, dado el nivel asistencial del centro de referencia del Área III (H. Rafael Méndez, grupo C) ***no se dispone de la totalidad de la cartera en el propio centro, así pues, aquellas técnicas o especialistas no disponibles en la cartera de servicios del Área III son derivadas para su realización a los centros establecidos según el momento y disponibilidad por los servicios centrales del S.M.S. principalmente al Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia (Área I, centro de referencia regional) y al Hospital Universitario Santa Lucía de Cartagena (Área II).***

3.1.d. Actividad asistencial³.

Se muestran a continuación, de manera esquemática, los datos de actividad asistencial de cada área, atendiendo a los parámetros específicos de valoración de cada una de ellas:

³ Para la obtención de datos de actividad asistencial ha sido necesario recurrir al Servicio de Explotación de Datos del Hospital Rafael Méndez, ya que los datos disponibles en el portal sanitario de Murcia Salud (www.murciasalud.es) además de ser muy limitados se muestran desactualizados, correspondiendo la última información disponible a los años 2007 y 2008.

ÁREA DE URGENCIAS Datos correspondientes a 2015		
Asistenciales totales 78.993	Media mensual 6.582	Media diaria 219,4
Motivos de salida del Área de Urgencias	Alta a domicilio	85,4%
	Ingreso hospitalario	11,4%
Motivos de salida del Área de Urgencias	Fuga	1,9%
	Traslado	1,7%
	Exitus letalis	0,07%

Resulta interesante destacar que no se aprecia efecto de estacionalidad en el área de Urgencias a diferencia de otras áreas del hospital, con picos de atención en los meses de marzo y agosto. Podemos suponer que ello se debe a que la población total en el Área III no varía en los meses de verano (o incluso aumenta), por abarcar amplias zonas que constituyen núcleos turísticos y vacacionales. Esto afecta directamente a nuestra unidad, ya no vemos un descenso de la demanda de atención urgente por nuestra parte en relación a los periodos vacacionales.

ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN Datos correspondientes a 2015		
Número total de ingresos	2013	2015
	11.510	11.500
Ingresos programados 2015		19,3%
Ingresos no programados 2015		80,7%
Tasa mortalidad ingresados 2015		2,9 muertes/1000 ingresos/año

ÁREA QUIRÚRGICA Datos correspondientes a 2015		
CIRUGÍA PROGRAMADA	TOTAL 76%	
	CON INGRESO	CMA
	60%	40%
CIRUGÍA URGENTE	TOTAL 24%	

ÁREA DE CONSULTAS EXTERNAS Datos correspondientes a 2015		
PRIMERAS	34%	Procedentes Atención Primaria 60%
		Procedentes Atención Especializada 40%
SUCESIVAS	66%	
Comparación 2008	Primeras consultas 42%	
Comparación 2007	Primeras consultas 40%	

En este último caso, se puede apreciar el efecto de la estacionalidad con un descenso del número total de consultas en enero, julio y agosto. También apreciamos una tendencia al aumento de consultas sucesivas (de revisión) que podría estar en relación al aumento de la cronicidad de pacientes.

3.1.e. Previsión de la demanda⁴.

Para realizar un análisis apropiado de la previsión de la demanda de servicios de salud en el futuro es necesario tener en cuenta varios factores y sus interconexiones: el crecimiento demográfico, los flujos migratorios, el nivel de salud y esperanza de vida, los estilos de vida y autocuidado de la salud, así como la cronicidad y poblaciones vulnerables.

En primer lugar, como ya se ha comentado, la Región de Murcia se enfrenta a un **crecimiento demográfico** sin precedentes en una sociedad caracterizada por su juventud y por la amplia **población extranjera**.

Por otro lado, los indicadores de salud de la Región ponen de manifiesto que su **nivel de salud se encuentra por debajo de la media española**, configurándose la convergencia con España como uno de los grandes retos. La **esperanza de vida** (tabla 5) se sitúa en los 79,6 años (76,5 años para hombres y 82,8 para las mujeres), **0,6 años menos que la media española**. Esta situación se reproduce en el resto de indicadores de nivel de salud como la mortalidad ajustada por edad, la percepción del estado de salud o la incidencia de la discapacidad.

⁴ Datos obtenidos de los documentos:

- Plan de Salud 2010-2015 de la Región de Murcia. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo; 2010.
- Instituto Nacional de Estadística: 1. Demografía y población. Movimiento natural de la población. 2006; 2. Encuesta Nacional de Salud. 2006; 3. Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud. 2008.

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Total Reg. Murcia	76,7	77,1	77,5	77,7	78,0	77,9	78,0	78,0	78,1	78,6	78,9	79,0	79,3	79,6
Hombres	73,6	73,8	74,2	74,4	74,9	74,7	74,7	74,8	74,9	75,3	75,8	76,0	76,3	76,5
Mujeres	79,9	80,4	80,8	81,0	81,1	81,1	81,3	81,2	81,2	81,9	82,2	82,0	82,3	82,8
Total España	77,3	77,5	77,8	78,0	78,1	78,4	78,7	78,8	79,1	79,4	79,7	79,7	80,0	80,2
Hombres	73,7	73,9	74,2	74,4	74,5	74,5	75,3	75,4	75,6	76,1	76,3	76,4	76,7	77,0
Mujeres	80,8	81,1	81,3	81,6	81,7	81,9	82,2	82,2	82,5	82,8	83,0	83,0	83,2	83,5

Tabla 4. ESPERANZA DE VIDA AL NACER. Fuente: Plan de Salud 2010-2015 de la Región de Murcia⁵.

En esta misma línea, los indicadores relacionados con los **estilos de vida** (tabla 6) que influyen en la salud, como pueden ser la tasa de *fumadores*, la incidencia de la *obesidad y sobrepeso* o la *actitud sedentaria*, ponen de manifiesto un **insuficiente compromiso de la ciudadanía con el cuidado de su salud**.

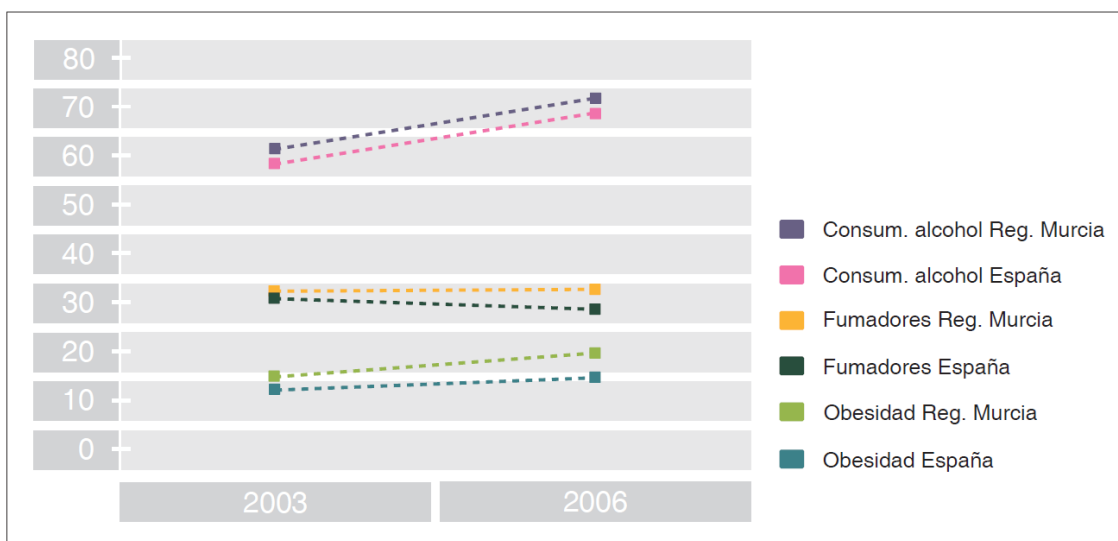


Tabla 5. PRINCIPALES HÁBITOS DE SALUD. CIFRAS EN %. Fuente: Plan de Salud 2010-2015 de la Región de Murcia.

En relación al fundamental caso de la **cronicidad** hay que resaltar que una cuarta parte de la **población de 16 años o más**, padece dolores de espalda crónicos. La artrosis, la hipertensión arterial, los trastornos mentales, las varices y el colesterol alto son, por ese orden, las enfermedades crónicas más frecuentes. Las enfermedades crónicas más frecuentes **en los niños** son, por este orden, la alergia, el asma y los trastornos de conducta. Los resultados comentados son similares a los nacionales.

El 15,15% de la población sondeada en la Encuesta Nacional de Salud manifiestan que tuvieron restricciones de actividad por dolores en las 2 semanas anteriores a la entrevista y el 6,78% que habían permanecido en cama por motivos de salud. En los 6 meses anteriores, el 21% tuvo limitaciones por temas físicos.

⁵ El último Plan de Salud de la Región de Murcia disponible, en el que se ofrecen datos comparativos, es el correspondiente al periodo 2010-2015

La incidencia de la **discapacidad es claramente superior en la Región de Murcia** que en el resto de España en todos los grupos de edad y en todos los niveles de severidad, constituyendo un **problema importante de salud**. Sorprende especialmente que la incidencia de la discapacidad severa y total es muy superior a la de España, llegando esta última a ser un 50% superior a la española en los grupos de edad de 65 a 70 años y de más de 80 años.

El crecimiento demográfico, el importante peso de población extranjera (más expuesta a las desigualdades en salud), los estilos de vida perjudiciales y escaso compromiso en el autocuidado, la alta cronicidad en aumento y unos niveles de discapacidad preocupantes, colocan al sistema de salud de la Región y a la propia región en una **situación de riesgo para el propio sistema y sus ciudadanos, con un más que seguro aumento de la demanda de servicios asistenciales** de todo tipo y una crónica falta o limitación de recursos.

3.2. Análisis interno.

3.2.a. Estructura funcional.

Administrativamente el Servicio de Urología constituye una **Sección dentro del Servicio de Cirugía General**, el cual incluye otras 2 Secciones más, a saber, Otorrinolaringología y Oftalmología.

Ello implica que el jefe es administrativamente y contractualmente, un **Jefe de Sección y no de Servicio**, sometido pues a las normativas del primero y no del segundo, incluido el régimen retributivo y otras circunstancias como es el hecho que los Jefes de Servicio de la Región de Murcia no pueden realizar actividad profesional privada.

Sin embargo, dicha **discriminación es meramente formal**, ya que de forma efectiva el Servicio de Urología (y también los otros 2) funciona como tal de manera independiente, no existiendo dependencia práctica alguna del Servicio de Cirugía General, ni en la dirección y gestión administrativa ni en el aspecto asistencial.

Tal circunstancia, no depende de ninguna legislación especial en la Región de Murcia. Es decir, no hay ninguna normativa que regule cuando un Servicio los es como tal o que se considere mera Sección. Así pues, **dicha estructura deriva de una decisión estratégica y estructural** tomada en el mismo momento de configuración y jerarquización del propio Hospital. Este modelo, es muy habitual encontrarlo en hospitales de tamaño pequeño y mediano, sobre todo cuando su fundación se produjo en la década de los años 90. La lógica subyacente a dicha organización está mucho más relacionada con motivos economicistas (un jefe de sección cobra menos que uno de servicio) que de otro tipo, ya que, de facto, no hay ninguna otra diferencia como ya hemos comentado.

En cuanto a la **organización de la actividad asistencial**, se encuentra repartida entre las siguientes áreas de asistencia:

- Atención a pacientes externos ambulatorios: 2 consultas externas de urología, diarias. 1 profesional Facultativo Especialista de Área en Urología por consulta.
- Actividad quirúrgica: 1 quirófano de urología, diario, atendido por 2 profesionales Facultativos Especialistas de Área en Urología.
- Atención a pacientes hospitalizados: planta de Especialidades con X camas asignadas, atendida 1 profesional Facultativo Especialista de Área en Urología.
- Atención urgente e interconsultas: 1 profesional Facultativo Especialista de Área en Urología de forma presencial de 8:00-15:00 y en forma de guardia localizada de 15:00-8:00.

3.2.b. Recursos humanos.

El Servicio de Urología del Hospital Rafael Méndez está constituida por **6 Facultativos Especialistas de Área (F.E.A.) de Urología**. Además, disponemos de **2 Diplomadas Universitarias en Enfermería (D.U.E.)** asignadas a sendas **consultas externas** de Urología. Por otro lado, la planta de **Hospitalización de Especialidades** (que incluye los pacientes de urología, otorrinolaringología y oftalmología) tiene asignadas **14 D.U.E., 13 Auxiliares de Enfermería**, repartidos todos ellos en turnos de mañana y turnos rotatorios.

3.2.c. Cartera de Servicios.

La Urología es una especialidad médico-quirúrgica que se ocupa del estudio, diagnóstico y tratamiento de las afecciones médicas y quirúrgicas del aparato urinario y retroperitoneo, en ambos sexos, y del aparato genital masculino, sin límite de edad, motivadas por padecimientos congénitos traumáticos, sépticos, metabólicos, obstructivos y oncológicos.

Desde el punto de vista estrictamente médico, en nuestra unidad, incorporamos la atención a todas las patologías propias de nuestra especialidad.

En el aspecto quirúrgico, dado el nivel asistencial del hospital en el que nos circunscribimos, realizamos la amplia mayoría de los procedimientos propios de la Urología, salvo aquellos que por nivel de complejidad hospitalaria y falta de recursos técnicos no estamos en disposición de realizar. En la cartera de servicios quirúrgicos actuales se encuentran:

1. Cirugía Renal: Todos estos procedimientos mediante abordaje abierto o laparoscópico

- Nefrectomías simples.
- Nefrectomías radicales.
- Nefroureterectomías.
- Nefrectomías parciales.

- Tumorectomías.
- Cirugía de la litiasis y tumores uroteliales.
- Cirugía reconstructiva y reparadora.
- Lesiones traumáticas e iatrógenas.
- Nefrostomía percutánea ecodirigida.

2. Uréter:

- Cirugía reconstructiva y reparadora.
- Lesiones traumáticas e iatrógenas vía abierta y laparoscópica
- Ureterolitectomía abierta y laparoscópica.
- Cirugía endoscópica retrógrada de la litiasis
- Ureterocistoneostomía abierta y laparoscópica.
- Cirugía abierta y laparoscópica de los tumores uroteliales.

3. Vejiga, próstata y uretra:

- RTU vesical.
- Resección endoscópica transuretral de divertículos.
- Fístulas vesicovaginales.
- Cistotomías de derivación.
- Enterocistoplastias.
- Cistectomía parcial y radical.
- Sustituciones vesicales: derivaciones continentes y no continentes.
- Cirugía de la incontinencia femenina y masculina.
- Inyecciones intravesicales de toxina botulínica.
- RTU próstata.
- Adenomectomía.
- Prostatectomía radical abierta y laparoscópica.
- Operaciones sobre las vesículas seminales.
- Orquiectomía.
- Colocación de prótesis testiculares.
- Hidroceles.
- Espermatoceles.
- Epididimectomía.
- Orquidopexia.
- Varicoceles.
- Vasectomías.
- Prótesis de pene.
- Penectomía parcial o total.
- Linfadenectomía inguinal.
- Incurvación de pene.
- Lesiones traumáticas e iatrógenas.
- Circuncisión.
- Uretroplastias.
- Uretrotomías endoscópicas.
- Fístulas uretrales.

- Uretrectomías.

4. Otros procedimientos diagnósticos y pruebas complementarias:

- Biopsias de próstata transrectal ecodirigida.
- Ecografía renal y vésico-prostática
- Ecografía transrectal.
- Cistouretroscopias
- Ureteroscopias
- Nefroscopia endoscópica retrógrada.
- Pielografías ascendentes
- Pielografías percutáneas
- Uretrografía
- Test de vasoactivos intracavernosos.

5. Entre las técnicas y procedimientos no incluidos directamente en nuestra cartera de servicios, pero que son provistos de forma indirecta por nuestros centros de referencia, destacamos:

- Trasplante renal, así como técnicas y procedimientos relacionados incluyendo la extracción renal. Centro de referencia de la Región de Murcia: Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.
- Litotricia extracorpórea por ondas de choque. Centro de referencia del Área de III: Hospital Virgen del Alcázar, Lorca.
- Cirugía urológica en edad pediátrica, excepto complejos de baja complejidad. Centro de referencia de la Región de Murcia: Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.
- Estudios urodinámicos: Centro de referencia del Área de III: Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

3.2.d. Matriz DAFO/CAME.

Como resultado del análisis estratégico de la unidad, presentamos la siguiente matriz según la metodología DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas, Oportunidades):

DEBILIDADES 1. Falta de comunicación con la Atención Primaria. 2. Ausencia de reflexión sobre metas y objetivos. 3. Ausencia de estimulación para la investigación y docencia. 4. Ausencia de un plan formativo a futuro y de estímulo externo para la formación continua, derivando en una intolerable variabilidad en la práctica clínica, con excesiva preponderancia de la de la medicina basada en la experiencia. 5. Escasa o nula evaluación de los resultados asistenciales. 6. Ausencia de un liderazgo y de un modelo de práctica clínica conducente a la excelencia. 7. Resistencia al cambio por parte de los profesionales de mayor edad.	AMENAZAS 1. Discriminación en la dotación de recursos frente a otras áreas de salud más cercanas a la capital. 2. Recursos insuficientes para apoyar el desarrollo de la I+D+i, independientemente de la crisis. 3. Esfuerzo de contención del gasto sanitario y farmacéutico. 4. Envejecimiento y cronificación progresiva de la población. 5. Escasa preocupación por el autocuidado de la salud por parte de la población. 6. Presión por las listas de esperas quirúrgicas y ambulatorias. Elevada presión y sobrecarga asistencial.
FORTALEZAS 1. Predominio de personal joven y bien formado. 2. Elevada motivación individual de forma mayoritaria. 3. Elevado nivel de solidaridad y trabajo en equipo. 4. Hospital de tamaño medio que facilita las relaciones entre profesionales y con el resto de los servicios. 5. Disponibilidad y apoyo de todo el personal de la Unidad para la asistencia a cursos y formación continuada. 6. Actualmente, somos centro de referencia de un ensayo clínico aleatorizado (ECA) multicéntrico.	OPORTUNIDADES 1. Cambios tecnológicos de alto impacto en el sistema, tales como la posibilidad de acceso y tratamiento de datos (historia clínica, registros...). 2. Nueva área quirúrgica, así como nuevo equipamiento quirúrgico y diagnóstico. Posibilidad de realización de nuevas técnicas quirúrgicas y ampliación de la cartera de servicios. 3. Mayor cultura y preocupación progresiva en todos los ámbitos sanitarios por los modelos de gestión clínica, calidad y seguridad de la asistencia.

En respuesta a la matriz DAFO, se proponen una serie de líneas de actuación para contrarrestar los problemas encontrados y que esquematizamos en la correspondiente matriz CAME (Corregir, Afrontar, Mantener, Explotar):

CORREGIR DEBILIDADES

1. Reforzar la colaboración con Atención Primaria para evitar la sobrecarga hospitalaria.
2. Introducir y desarrollar los principios de la Gestión Clínica, Planificación Estratégica Sanitaria, Calidad y Seguridad del Paciente.
3. Fomento de la investigación y docencia.
4. Fomento de la formación continuada y la Medicina Basada en la Evidencia.
5. Realización de estudios periódicos de autoevaluación de la actividad (estudios retrospectivos).
6. Abogar por un modelo de Liderazgo de tipo transformacional.
7. Labor informativa y motivacional entre los profesionales para lograr la implicación con el nuevo modelo.

MANTENER FORTALEZAS

1. Apoyar la formación continuada.
2. Esfuerzo por motivar e incentivar a los profesionales.
3. Reforzar y mantener el trabajo en equipo dentro de la unidad.
4. Favorecer las relaciones interdepartamentales y la atención multidisciplinar.
5. Implicar a la Alta Dirección para el fomento de la formación continuada y del desarrollo profesional.
6. Continuar el compromiso con la investigación clínica de calidad.

AFRONTAR AMENAZAS

1. Exigir y poner de manifiesto con datos objetivos el agravio comparativo entre áreas.
2. Recabar recursos y financiación de organismos oficiales competentes regionales o nacionales para la investigación clínica de calidad.
3. Fomento de la evaluación económica completa (coste-efectividad, coste-utilidad) de las diferentes actividades asistenciales (diagnósticas, terapéuticas, farmacológicas, médicas o quirúrgicas)
4. Esfuerzo divulgativo con la ciudadanía para fomentar los estilos de vida saludables.
5. Fomentar y educar en el autocuidado en los pacientes crónicos.
6. Reestructuración de la actividad asistencial para afrontar y corregir la sobrecarga.

EXPLOTAR OPORTUNIDADES

1. Aprovechamiento de las posibilidades tecnológicas de los sistemas de información tanto para la actividad asistencial como para la investigadora, así como para las técnicas de monitorización en los diferentes niveles.
2. Diseño de un plan formativo para la introducción y realización de nuevas técnicas quirúrgicas altamente especializadas y ampliación de la cartera de servicios.
3. Aprovechar el auge de la Gestión Clínica para la negociación y obtención de recursos, así como para la mejora de la actividad asistencial bajo criterios de calidad, seguridad y buenas prácticas.

4. Plan de actuación de la unidad de gestión clínica.

4.1. Misión, visión y valores.

4.1.a. Misión: ¿qué hacemos? ¿cómo lo hacemos? ¿dónde lo hacemos? ¿para qué lo hacemos?

La misión es clara y sencilla, proporcionar la **asistencia sanitaria necesaria a la población del Área III** de Salud del Servicio Murciano de Salud (S.M.S.) **en el campo de conocimiento de la Urología**:

- **Satisfaciendo los preceptos constitucionales** de universalidad, igualdad y equidad.
- **Asegurando la sostenibilidad y viabilidad** del propio S.M.S. y del Sistema Nacional de Salud.

4.1.b. Visión: ¿qué queremos ser?

Igual de importante que saber quién somos y cuál es nuestra misión es determinar qué queremos ser. El objetivo será cumplir nuestra misión convirtiéndonos en un **centro de referencia en asistencia urológica**:

- Persiguiendo la **máxima excelencia** tanto asistencial como gestora.
- Trabajando por un modelo de **atención integral y centrada en el paciente**.
- Buscando la máxima **satisfacción de paciente y familiares** en consonancia siempre con las exigencias clínicas.
- Con la máxima **implicación y responsabilidad de cada uno de los profesionales** en la **mejora continua**, la investigación e innovación, la formación y la docencia.

4.1.c. Valores: ¿cómo queremos serlo?

1. **Atención integral centrada en el paciente**: autonomía del paciente, trato humano y profesional, personalizado y cercano, orientación a las personas, continuidad asistencial entre los diferentes niveles.
2. **Trabajo en equipo**: respeto, confianza, comunicación, solidaridad y trabajo multidisciplinar, actitud crítica.
3. **Gestión continua del conocimiento**: formación continua, medicina basada en la evidencia, innovación, mejora continua.
4. **Calidad asistencial y seguridad del paciente**.
5. **Compromiso con la sostenibilidad del sistema y la responsabilidad social**.

4.2. Líneas estratégicas, factores claves del éxito.

4.2.a. Líneas estratégicas.

El análisis estratégico realizado y la plasmación de su resultado en la matriz DAFO/CAME no tiene un mero objetivo teórico, sino que se trata del pilar inicial para el proceso de planificación estratégica cuyo paso siguiente consistirá en el planteamiento de los diferentes objetivos y alternativas estratégicas entre las que habrá que elegir aquellas que mejor garanticen la consecución de los objetivos. Estas líneas y objetivos serán a su vez modulados por la misión, visión y valores previamente definidos.

Así, para valorar las diferentes líneas estratégicas habrá que tener en cuenta varios aspectos que aseguren su utilidad:

1. **Adecuación** (al propósito buscado en función de su adaptación a la misión-visión y al diagnóstico efectuado).
2. **Factibilidad** (según la disponibilidad de recursos y capacidades para una correcta implantación).
3. **Aceptabilidad** (por el valor que genere para las expectativas de los grupos de interés y del nivel de riesgo).

No se trata, por tanto, de elaborar una lista de utópicos objetivos y altisonantes estrategias si no de determinar un “plan de ataque” real y realizable. En nuestro caso hemos seleccionado aquellos **planteamientos estratégicos que consideramos deben responder a los principales problemas detectados en el análisis previo (DAFO/CAME)**. Dichos planteamientos serán los siguientes:

1. **Asegurar la accesibilidad a los servicios sanitarios:** Afrontar la sobrecarga asistencial mediante la reordenación de los recursos y la cooperación entre niveles asistenciales.
2. **Facilitar la continuidad asistencial y atención integral** de los pacientes a lo largo de los diferentes niveles asistenciales.
3. **Crear una cultura e iniciar un proyecto de gestión clínica,** incorporando los conceptos de evaluación sistemática de resultados, de buenas prácticas, de calidad y seguridad de la asistencia sanitaria, la limitación de la variabilidad en la práctica clínica (VPM), así como fundamentos de evaluación económica de las intervenciones sanitarias.
4. **Potenciar la gestión de conocimiento, la formación y la innovación:** promover la formación y actualización de los profesionales, introducción de nuevas técnicas diagnósticas y terapéuticas, fomentar la medicina basada en la evidencia, así como fomentar la investigación y regular la docencia.
5. **Contribuir a la sostenibilidad del sistema** mediante el uso racional del medicamento, de los diferentes medios diagnósticos y terapéuticos y de los recursos en general.

4.2.b. Factores clave del éxito.

Los factores clave para el éxito de las intervenciones que se expondrán, consideramos que, en nuestro caso particular, están fundamentalmente **más relacionados con factores humanos** que con factores económicos ya que en el momento actual y a pesar de la crisis, **contamos con recursos materiales suficientes** para desarrollar las estrategias propuestas. En este sentido, resaltaremos varios elementos:

- Alineamiento con las líneas estratégicas propias del Área III de Salud y del S.M.S., accesibilidad, seguridad y listas de espera entre otras.
- Apoyo explícito por parte de la Gerencia del Área y de las diferentes áreas de dirección a la hora de plantear cambios en los modelos asistenciales, en las intervenciones y en la gestión de los recursos.
- Cambio del estilo de liderazgo hacia un liderazgo transformacional. Fomentando la implicación de los profesionales y el sentimiento de proyecto conjunto y compartido de futuro.

4.3. Objetivos asistenciales y de sostenibilidad.

4.3.a. Objetivos asistenciales.

1. **Reordenación de la actividad:** realización de las técnicas diagnósticas mínimamente invasivas (uretrocistoscopias, biopsias de próstata, dilataciones uretrales periódicas, retirada de catéteres urinarios) que actualmente se realizan dentro de la agenda de la propia consulta de urología en un área y agenda diferente.
2. **Establecer una vía de comunicación directa entre Atención Primaria y la unidad de Urología,** para la resolución de dudas y exposición de casos que permitan evitar derivaciones innecesarias: correo electrónico de la Unidad, atención telefónica específica.
3. **Elaboración de Rutas Asistenciales Integradas transversales,** Atención Primaria/Atención Especializada para los procesos urológicos más prevalentes: hiperplasia benigna de próstata y urolitiasis entre otros.
4. **Creación de un Plan Específico de Calidad y Seguridad en la Unidad de Urología y monitorizarlo.**
5. **Elaboración de protocolos asistenciales** internos (Urología) e interdepartamentales (Urología-Urgencias) para asegurar una práctica clínica basada en la evidencia, reducir la VPM y mejorar la optimización de recursos.
6. **Diseño de un plan formativo para la innovación y formación continua,** con la introducción de nuevas técnicas quirúrgicas y ampliación de la cartera de servicios: manejo de la urolitiasis (RIRS, ECIRS, NLP, láser holmium), manejo integral del POP (CSPL, mallas anteriores), así como planes para la actualización continua.
7. **Desarrollo de proyectos de investigación.**
8. **Establecer un sistema de evaluación de la docencia** MIR (rotantes externos exclusivamente) objetivo y medible: valoración de conocimientos (presentación

de una revisión bibliográfica, una revisión de artículo científico y realización de un examen específico), además de control de la asistencia y valoración de la actitud.

4.3.b. Objetivos de sostenibilidad.

1. **Controlar el uso racional de los medicamentos:** limitar el uso profiláctico de fármacos (ETEV, úlceras digestivas de estrés...) a casos con necesidades clínicas definidas con especial atención al uso racional de los antibióticos y resistencias a los mismos, promover que los tratamientos con antibióticos se basen en el diagnóstico microbiológico y en la realización de antibiogramas, limitar el uso de antibióticos críticamente importantes a los casos en que el diagnóstico microbiológico y las pruebas de sensibilidad hayan determinado que no será eficaz ningún otro antimicrobiano, combatir la automedicación.
2. **Monitorizar el uso adecuado de los recursos:** rendimiento quirúrgico, suspensiones quirúrgicas, reingresos tras alta por proceso médico o quirúrgico, circuito del alta hospitalaria, estancia media ajustada, estancia preoperatoria, uso de la prescripción electrónica en hospitalización, uso de la historia clínica electrónica en consulta externa, uso de la receta electrónica en consulta externa, estudios complementarios en patología oncológica ajustados a la indicación, ajuste de medios diagnósticos y terapéuticos a sus indicaciones.

4.4. Mapa de procesos de la unidad.

Presentamos el Mapa de Procesos de la Unidad de Urología a un nivel 0 (figura 3) de arquitectura, esto es, una representación global del tránsito de los pacientes que precisan de atención urológica dentro del proceso de la atención sanitaria en el área de salud:

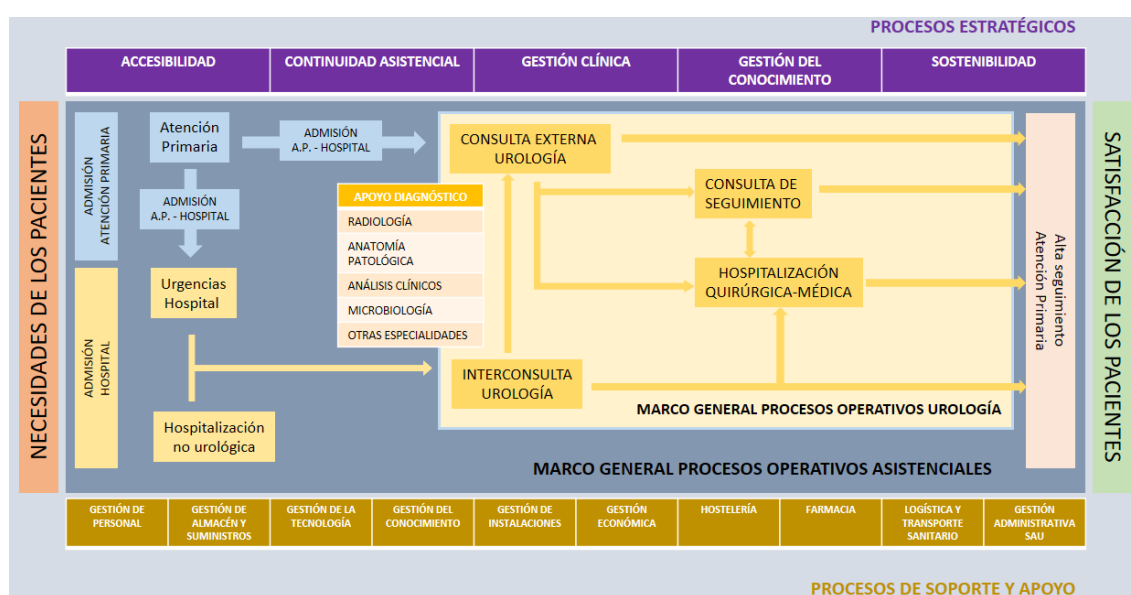


Figura 3. Mapa de procesos de la unidad de Urología. Elaboración propia.

4.5. Procesos estratégicos, operativos y de soporte.

4.5.a. Procesos estratégicos.

Serán aquellos mediante los cuales desarrollaremos nuestras líneas estratégicas y objetivos, tal y como constan en el mapa general, y alineados con el plan estratégico de la unidad, serían los siguientes:

- 1. Accesibilidad:**
 - I. Redistribución organizativa.
 - II. Comunicación y coordinación Atención Primaria – Unidad Urología.
- 2. Continuidad Asistencial.**
- 3. Gestión Clínica:**
 - I. Plan de Calidad y Seguridad de la Asistencia Sanitaria.
 - II. Rutas Asistenciales Integradas.
 - III. Protocolos asistenciales.
- 4. Gestión del Conocimiento:**
 - I. Innovación.
 - II. Investigación.
 - III. Formación continuada.
 - IV. Docencia.
- 5. Sostenibilidad:**
 - I. Uso racional del medicamento.
 - II. Utilización eficiente de los recursos.

4.5.b. Procesos operativos.

Son los que conforman la “misión” de la unidad, aquellos para los cuales existe y está diseñada, es decir, la actividad asistencial propiamente dicha. Podemos estructurarla en cuatro dimensiones asistenciales:

- 1. Consulta externa de urología:**
 - I. Derivaciones desde Atención Primaria.
 - II. Interconsultas desde otras Especialidades.
 - III. Interconsultas desde Urgencias vía “no urgente”.
 - IV. Seguimiento del paciente urológico.
- 2. Hospitalización de procesos médicos y/o quirúrgicos:**
 - I. Atención a patologías no quirúrgicas que precisan internamiento.
 - II. Manejo postoperatorio del paciente urológico.
- 3. Actividad quirúrgica:**
 - I. Cirugía con hospitalización.
 - II. Cirugía mayor ambulatoria.
 - III. Cirugía menor ambulatoria.
- 4. Atención urgente:** Presencia física 08:00h – 15:00h / Guardia localizada 15:00h - 08:00h.
 - I. Interconsultas urgentes desde puerta de Urgencias.

- II. Interconsultas urgentes desde hospitalización de otras unidades / especialidades.
- III. Avisos desde la propia planta de la Unidad.

4.5.c. Procesos de soporte y apoyo.

Van a proporcionar los medios (recursos) y el apoyo necesario para que los procesos puedan realizarse adecuadamente.

1. Gestión de personal:

- I. Dirección Recursos Humanos.
- II. Salud Laboral.
- III. Liderazgo.
- IV. Asesoría Jurídica.

2. Gestión de almacén y suministros.

3. Gestión de la tecnología, información y documentación:

- I. Servicios Informáticos.
- II. Servicio de Explotación de Datos.
- III. Documentación clínica.

4. Gestión del conocimiento:

- I. Biblioteca virtual.
- II. Benchmarking.
- III. Bioética.

5. Gestión de instalaciones:

- I. Mantenimiento.
- II. Gestión de residuos.
- III. Seguridad.

6. Gestión económica:

- I. GRDs.
- II. Dirección Recursos Económicos

7. Hostelería.

- I. Restauración.
- II. Lavandería.
- III. Limpieza.

8. Farmacia Hospitalaria.

9. Logística y transporte sanitario.

10. Gestión Clínico – Administrativa y Atención al Paciente:

- I. Admisión de Ingresos Hospitalarios.
- II. Admisión de Consultas Externas.
- III. Admisión de Urgencias.
- IV. Servicio de Atención al Usuario.
- V. Trabajo Social.

4.6. Plan de calidad y seguridad de la asistencia sanitaria (PCSAS).

En el momento actual no existe en la Unidad de Urología del Hospital Rafael Méndez un PCSAS específico, estando supeditadas las medidas existentes a las recogidas en el Acuerdo de Gestión General del Área III de Salud (que no son específicas de ninguna unidad o servicio).

El objetivo será, por tanto, y como se relataba en los objetivos estratégicos, la **creación de un Plan Específico de Calidad y Seguridad de la Asistencia Sanitaria para la Unidad de Urología y monitorizarlo**. Puesto que se parte de cero, tendrá que ser un proyecto ambicioso pero realista, con objetivos y medidas concretas en número y alcanzables en el periodo de tiempo propuesto.

El PCSAS se articulará en dos aspectos, la Calidad por un lado y la Seguridad por otro, ambos indisolubles en realidad pero que disgregaremos con fines pragmáticos y metodológicos. La Calidad a su vez, se valorará en dos dimensiones sobre las que se tomarán medidas, la calidad técnica y la calidad percibida. En la Seguridad por su parte, cobrarán especial importancia las medidas orientadas a la seguridad en el paciente hospitalizado y del paciente quirúrgico.

Finalmente, nada tendría sentido si implementáramos un plan de calidad y no evaluásemos su cumplimiento, de manera que **su monitorización formará parte fundamental del Cuadro de Mando Integral de la Unidad**, el cual se expondrá como capítulo final.

Para la implementación del PCSAS será pilar fundamental la elaboración de protocolos asistenciales y de buenas prácticas, vías clínicas y rutas asistenciales. Es decir, las medidas a tomar, en relación a los objetivos estratégicos planteados, se plasmarán en dichas herramientas, todas ellas serán las garantes, en caso de que se cumplan, de una asistencia de calidad y segura.

Para alcanzar la calidad técnica, como decimos, nos basaremos en la estructuración de protocolos y rutas asistenciales que describiremos en la sección correspondiente. En cuanto a la calidad percibida, la enmarcaremos en la sección dedicada a la Atención Centrada en el Paciente junto al tema “los pacientes por la seguridad de los pacientes”, para resaltar la importancia de la implicación de los pacientes y sus opiniones en la mejora de la actividad asistencial.

En la siguiente sección nos centraremos en las medidas a desplegar en relación a la seguridad del paciente hospitalizado y de paciente quirúrgico.

4.7. PCSAS: Seguridad del Paciente.

Describiremos a continuación una serie de objetivos a cumplir mediante la formalización y cumplimiento de los correspondientes protocolos de asistencia. Parte de ellos se enmarcan, además, en el Acuerdo de Gestión General del Área III antes comentado. Los indicadores seleccionados para su monitorización se describirán, al igual que los relacionados con los otros aspectos de calidad, en el Cuadro de Mando Integral.

4.7.a. Protocolos para la *seguridad del paciente hospitalizado en la unidad de urología*.

1. Elaboración de un Plan de acogida en planta de Hospitalización de Urología: información funcional, organizativa, estructural, normativas, recomendaciones y valoración de riesgos.
2. Identificación inequívoca de pacientes urológicos: identificación documental y verificación verbal, utilizar al menos dos identificadores únicos del paciente (nombre completo, fecha de nacimiento, número de historia único del SMS), preferentemente métodos de identificación automatizados (pulsera identificativa, código de barras). Comprobar la identificación del paciente en todos y cada uno de los momentos de la atención sanitaria.
3. Protocolo de prevención de úlceras por presión (UPP): valoración temprana del riesgo de UPP, medidas profilácticas (colchones anti-escaras, protección partes declives, cambios posturales).
4. Prevención de la malnutrición y deshidratación, especialmente en pacientes ancianos.
5. Profilaxis úlceras digestivas de estrés.
6. Protocolo para la prevención de caídas: valoración temprana del riesgo de caídas, medidas generales y específicas según el riesgo, sistema de notificación de caídas.
7. Profilaxis de la enfermedad tromboembólica venosa (ETEV) en el paciente hospitalizado no quirúrgico: perfil de riesgo al ingreso (escalas de PADUA para la valoración del riesgo ETEV), medidas profilácticas según el riesgo.
8. Cuidados de vías periféricas: prevención de la flebitis y extravasación de las vías periféricas.
9. Prevención de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria: higiene de manos, optimización del uso de antimicrobianos, aislamiento de pacientes, estudio de portadores multirresistentes, control del entorno.
10. Seguridad en la utilización de medicamentos: prescripción informática, dispensación mediante sistema farmacéutico de unidosis, dispensación a pie de cama, recomendaciones del Instituto para el Uso Seguro del Medicamento (ISMP), conciliación de la medicación.
11. Vigilancia de incidentes y eventos relacionados con la hospitalización: utilización de SINASP.

4.7.b. Protocolos para la *seguridad del paciente quirúrgico* (incluye los anteriores): despliegue e implementación de un proyecto de seguridad del paciente quirúrgico en la unidad de urología.

1. Promover cultura y clima de seguridad en la actividad quirúrgica.
2. Implementar el PROGRAMA DE CIRUGÍA SEGURA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD: Preparación del paciente quirúrgico, profilaxis ETEV en paciente quirúrgico (evaluación del riesgo escala Caprini), evaluación del riesgo de sangrado (escala IMPROVE), profilaxis antibiótica, listado de verificación quirúrgica y listado de verificación quirúrgica para la prevención de la infección quirúrgica (proyecto Infección Quirúrgica Zero del SNS).

4.8. PCSAS: Calidad Asistencial. Protocolos y Rutas.

La elaboración de guías de práctica clínica (GPC), protocolos y rutas asistenciales debe erigirse en **pilar y objetivo fundamental a la hora de iniciar un proceso de mejora basado en la calidad y seguridad de la asistencia sanitaria**, además **lleva implícito el concepto de gestión por procesos** (y con ello de gestión clínica) y con ello se convierten, en nuestra opinión, en la mejor y más directa herramienta para cumplir varias misiones que están interrelacionadas entre sí:

- Aplicar una asistencia fundamentada en la **Medicina Basada en la Evidencia**.
- Reducir al mínimo la **Variabilidad en la Práctica Médica**.
- Asegurar el **uso eficiente de los recursos**, al utilizar aquellas intervenciones que se han mostrado eficaces y efectivas.
- Implementar una **Atención Integral Centrada en el Paciente**, al implicar una asistencia transversal.

Para la aplicación **en nuestra unidad**, nos plantearemos, en un primer momento, la **realización de rutas asistenciales y protocolos** para las patologías más significativas, bien por prevalencia bien por repercusión clínica. Sin embargo, la elaboración de GPCs tiene una aspiración que supera el mero ámbito hospitalario, destinada a la generación de recomendaciones a nivel nacional o internacional, que implican metodologías más complejas y que superan el espectro de interés de un plan de calidad y seguridad para una unidad asistencial aislada como es nuestro caso.

4.8.a. Rutas Asistenciales.

En un **primer nivel de complejidad** (por la necesidad de coordinación multidisciplinar e inter niveles asistenciales) se elaborarán **dos rutas asistenciales** destinadas a manejar de forma integral dos de las patologías más prevalentes y con importantes repercusiones clínicas a su vez y que precisan para su manejo eficiente de la cooperación entre niveles asistenciales:

- **Ruta Asistencial Integrada para el manejo de la Hiperplasia Benigna de Próstata-Cáncer de próstata.**

➤ **Ruta Asistencial Integrada para el manejo de la Urolitiasis.**

- Los objetivos y principios que regirán ambas serán:
 - a. Realizar una asistencia sanitaria única, integrada y segura, orientada a las necesidades de la persona, promoviendo estilos de vida saludables y facilitando su proyecto vital.
 - b. Incorporar los valores y preferencias de la persona en las decisiones, facilitando la comunicación, participación y corresponsabilidad del ciudadano en el cuidado de su salud y en la utilización de recursos.
 - c. La selección y utilización racional de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, sobre la base de la evidencia disponible, tratando de disminuir la variabilidad en la práctica clínica dentro de unos márgenes razonables.
 - d. La continuidad asistencial / atención integrada, estableciendo criterios clínicos y organizativos comunes entre la Atención Primaria y Especializada, mediante la participación, coordinación y organización de profesionales.
 - e. La racionalización de los costes sanitarios.
 - f. La mejora de la calidad en sus dos vertientes: calidad técnica y calidad percibida.
 - g. La cobertura de las necesidades de salud en el ámbito de pacientes afectos de HBP/CAP y urolitiasis, de forma integrada y longitudinal (mientras dura el proceso o enfermedad).
 - h. La asistencia en el nivel en que sea más eficiente o aceptada, basándonos en la historia natural de la enfermedad y en la coordinación entre los profesionales estableciéndose las actividades a realizar, el personal sanitario implicado en cada una de ellas, así como el nivel asistencial en que debe llevarlas a cabo.
- Al final del proceso, cada ruta asistencial tendrá que ser capaz de responder a las preguntas: ¿Qué hay que hacer? ¿quién tiene que hacerlo? ¿cómo, cuándo y dónde hacerlo?

4.8.b. Protocolos Asistenciales.

En un **segundo nivel** nos plantearemos la realización de **protocolos internos/intrahospitalarios** de la unidad de urología para el manejo de una serie de patologías de alta prevalencia y repercusión:

1. **Protocolo para el manejo integral del tumor vesical no músculo invasivo (TVNMI) en consulta externa de urología:** se establecerá un protocolo para el seguimiento ambulatorio del TVNMI describiendo las visitas a realizar y las pruebas complementarias a realizar en cada una de ellas, así como los tratamientos adyuvantes según la clasificación del riesgo de progresión/recidiva.

2. **Protocolo para el manejo en Urgencias del cólico renoureteral (CRU):** realización del algoritmo para el manejo en urgencias del CRU, incluyendo tratamiento estándar, pruebas diagnósticas y criterios de indicación de las mismas, criterios de ingreso o alta, pauta y vía de derivación al alta.
3. **Protocolo para el manejo en Urgencias de la hematuria macroscópica (HM):** realización del algoritmo para el manejo en urgencias del CRU, incluyendo tratamiento estándar, pruebas diagnósticas y criterios de indicación de las mismas, criterios de ingreso o alta, pauta y vía de derivación al alta.
4. **Protocolos “no hacer”:** basados en las recomendaciones resultantes del programa “Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas”.

4.9. Atención Centrada en el Paciente.

La Atención Centrada en el Paciente es un concepto en auge, ya que, si bien es evidente que el objeto de la asistencia sanitaria es el paciente, ahora se trata de cambiar el modelo, la forma, en la que dicha asistencia se presta, de modo que, los diferentes elementos del sistema (ya sean materiales, estructurales o humanos) se diseñan y orientan para orbitar alrededor del paciente, sus necesidades y sus expectativas, buscando unos resultados no solo en salud, sino también en calidad de vida y satisfacción.

Realmente, todo lo que hemos desarrollado hasta ahora está en íntima relación con esta idea nuclear. **Tanto la calidad y seguridad de la asistencia, plasmada en la elaboración de guías, protocolos y rutas asistenciales, así como la gestión por procesos, también la sostenibilidad y eficiencia del sistema, deben operar con esta idea en el horizonte.** En definitiva, **una asistencia integral centrada en los pacientes debe formar parte del alineamiento estratégico de cada unidad asistencial** en particular y de todo el sistema en general, constituyéndose en un valor fundamental que aparecerá implícito o explícito en cada elemento del plan estratégico y la asistencia.

Así, sin perjuicio de lo anterior, desarrollaremos ahora **cuatro conceptos adicionales** que van unidos inexorablemente a esta idea y que resultan de capital importancia:

- **La accesibilidad:** necesaria para dar respuesta adecuada en tiempo y forma a las necesidades de los pacientes.
- **La continuidad asistencial:** reflejo de un sistema que sitúe al paciente en el centro del proceso asistencial independientemente del nivel de prestación de la asistencia.
- **La calidad percibida:** como valoración de los resultados directos sobre los pacientes en base a la satisfacción de sus necesidades y expectativas.
- **Los pacientes por la seguridad de los pacientes:** como una fase más de la autonomía y capacitación de los pacientes para formar parte de su propio proceso sanitario.

4.9.a. Accesibilidad.

El plan de calidad propuesto se fundamenta en el seguimiento y cumplimiento de los preceptos de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) para prestar la mejor práctica médica posible. Igualmente, nos basamos en un principio ético de responsabilidad social que implica el mejor y más eficiente uso de los recursos sanitarios en aras de la sostenibilidad. Ambos principios están, además, íntimamente relacionados, de manera que, la exigencia de uno implica la reivindicación del otro. Su cumplimiento, conllevará necesariamente a una mejora de la accesibilidad como consecuencia de la mayor efectividad clínica y eficiencia gestora.

A estos principios, proponemos añadir **medidas concretas para mejora de la accesibilidad en nuestro entorno**. Nos fijaremos objetivos en dos ámbitos:

- **Reordenación de la actividad asistencial ambulatoria:** realización de las técnicas diagnósticas mínimamente invasivas (uretrocistoscopias, biopsias de próstata, dilataciones uretrales periódicas, retirada de catéteres urinarios), que actualmente se realizan dentro de la agenda de la propia consulta ordinaria de urología, en un área y agenda diferente (**Consulta de Pruebas Especiales**). Ello permitirá ampliar en número de pacientes por consulta, ya que dichas pruebas consumen más tiempo y recursos. Será preciso para ello encontrar nuevos espacios para realizar la actividad propuesta, esto resulta posible como consecuencia de las recientes obras en el área quirúrgica y de la reestructuración del área de hospital de día.
- **Comunicación directa Atención Especializada - A. Primaria:** para ello proponemos habilitar una dirección específica de correo corporativo (**E-Consulta**) que se pondría a disposición de los facultativos de Atención Primaria para enviar, según formularios preestablecidos y de acuerdo a protocolos acordados bilateralmente, casos clínicos para interconsulta rápida no presencial. Dicho correo sería atendido por un urólogo designado a tal efecto, con el compromiso de respuesta en el plazo de una semana natural.

4.9.b. Continuidad asistencial.

La división del sistema sanitario en niveles de atención, basados en la complejidad y nivel de especialización de los recursos, es una medida efectiva para encauzar la progresiva complejidad del conocimiento científico y el adiestramiento en técnicas más complicadas. Sin embargo, este desarrollo ha propiciado modelos de actuación no integrados, basados en la derivación entre niveles asistenciales y, como consecuencia, en muchos casos, la interrupción de los itinerarios asistenciales cuando el paciente cambia de nivel asistencial.

Como hemos expuesto, una de las medidas más efectivas para afrontar este problema es la elaboración de rutas asistenciales. Funcionan no solo como herramientas fundamentales para brindar una asistencia sanitaria con la máxima evidencia científica, sino que, además, aseguran una **asistencia centrada en el**

paciente y su proceso en lugar de una atención que orbite alrededor del sistema y su estructura.

Avanzando en esta idea, **nos proponemos reforzar, potenciar, implantar y asegurar una serie de elementos y medidas básicas**, de impacto económico bajo o nulo, aunque sí requieren de un gran compromiso y exigencia individual por parte de los profesionales de cada nivel y responsabilidad. Nos centraremos, en este caso, **en el área de hospitalización**, por tratarse de un área-proceso clave de nuestra especialidad médico-quirúrgica:

- **Reforzar el informe de alta hospitalaria:** elaborado por el facultativo especialista responsable del alta que incluirá de forma detallada, además de los datos clínicos-asistenciales del proceso, las recomendaciones y tratamientos al alta (con las recetas que se precisen), así como las indicaciones para el seguimiento, revisiones y parte de baja si fuera el caso.
- **Reforzar el informe de continuidad de cuidados de enfermería al alta:** elaborado por parte de enfermería, como herramienta de enlace con Atención Primaria para los cuidados enfermeros, que incluya una evaluación de riesgos domiciliarios del paciente (fragilidad, caídas, inmovilización, restricción social). Se adjuntará al informe de alta hospitalaria.
- **Potenciar la gestión de casos:** a cargo de el/la enfermero/a de enlace hospitalario, ampliando sus competencias y recursos (fundamentalmente, en una disponibilidad de tiempo adecuada, efectiva y eficiente, en relación al nºcasos/nºgestores)
- **Implantar el seguimiento telefónico tras el alta en las primeras 72h:** por parte del personal facultativo a cargo del proceso, idealmente el responsable del acto quirúrgico si es el caso.
- **Asegurar la continuidad de cuidados en Atención Primaria en las 72h siguientes al alta:** revisión por parte del Médico de Atención Primaria y/o por el personal de Enfermería de zona según precise. Para ello, se precisará entregar el informe de alta y de continuidad de cuidados en su Centro de Salud a la mayor brevedad tras el alta.

4.9.c. Calidad percibida.

Conocer las percepciones de los pacientes sobre la calidad de las atenciones sanitarias recibidas, como resultado de la asistencia proporcionada, es indispensable en la actualidad para las instituciones sanitarias como elemento **fundamental en el proceso de mejora continua** ayudando a detectar aquellas áreas que, a juicio de los pacientes, no funcionan adecuadamente.

Hay una gran variedad de herramientas y técnicas, cuantitativas y cualitativas, destinadas a la medición de la calidad percibida. En nuestro ámbito, contamos con el **Programa EMCA de Gestión Calidad Asistencial del Servicio Murciano de Salud**: se trata una iniciativa institucional, cuyo fin último es el de potenciar la implantación de las actividades relacionadas con la gestión de la calidad en el Servicio Murciano de Salud.

El Programa EMCA se basa en:

- El protagonismo profesional, potenciando su compromiso con la calidad mediante estrategias de apoyo, facilitación e incentivación.
- Sinergia entre los programas internos y externos, donde las actividades internas se complementan con la monitorización externa y la formación y el asesoramiento de los profesionales.
- Ciclos de Mejora, Monitorización y Diseño de la Calidad, optando por comenzar la motivación y el aprendizaje a través de la evaluación y monitorización para avanzar hacia la prevención de problemas o diseño de la calidad.
- Formación, interactiva, basada en la solución de problemas, estructurada de una manera secuencial, y que utiliza como ejemplos casos reales y cercanos.
- Investigación aplicada a la Mejora de la Calidad, potenciando la puesta a punto de herramientas metodológicas.

Dentro de este programa, se incluye la medición de la Calidad Percibida, aportando una serie de cuestionarios prediseñados según el ámbito de aplicación. A nuestros efectos nos interesarán tres de ellos, que serán, además, los que utilizaremos para la construcción y evaluación de indicadores de Calidad Percibida en el Cuadro de Mando Integral de la Unidad:

1. **Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Servicios Quirúrgicos.**
2. **Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Consultas Externas.**
3. **Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Hospitalización.**

4.9.d. Pacientes por la seguridad de los pacientes.

Existen todavía muchas reticencias tanto por parte de los gestores como por parte de los profesionales, que dificultan la implicación de los pacientes en la toma de decisiones y la participación del ciudadano a nivel colectivo en las decisiones sanitarias. Esta participación se basa en los derechos que el individuo, como ciudadano, tiene para tomar parte en las decisiones que le afectan y en su libertad de elección dentro del sistema sanitario.

También existen reticencias culturales por parte de los propios pacientes a modificar su perfil y su papel en la atención sanitaria. A pesar de ello, sí es cierto que el rol del paciente está cambiando y esto requiere de un cambio cultural importante en la relación profesional-paciente, basado en la toma de decisiones compartidas.

De este modo y en este contexto, nos marcaremos unos **objetivos específicos** en este sentido:

- **Promover que el paciente/cuidador reciba información** completa y fácilmente comprensible sobre su proceso asistencial y los riesgos que conlleva, facilitando una toma de decisiones compartida con el profesional/equipo que le atiende.

- **Promover la formación de los pacientes/cuidadores** sobre su enfermedad, los cuidados que requiere y los riesgos que conlleva la atención sanitaria y su prevención.
- **Promover la participación activa de los pacientes/ cuidadores** en aspectos relacionados con la seguridad del paciente en sus contactos con el sistema de salud.

4.10. Gestión del conocimiento e innovación.

La gestión del conocimiento supone una preocupación por cómo se genera el conocimiento, igualmente por generarlo, por cómo se almacena, como se distribuye y como se utiliza y aplica. Se trata de un aspecto que cada vez se toma más en cuenta en los modelos de búsqueda de la excelencia. En definitiva, la gestión del conocimiento buscará la creación del mejor conocimiento posible, así como su transferencia hasta donde debe usarse y aplicarse de la manera más eficiente posible.

Una de las formas en las que se plasma en conocimiento es la innovación. Podemos definir la innovación en sanidad, parafraseando a J. Barrubés⁶, como «La introducción deliberada de un concepto, idea, servicio, proceso o producto... con la intención de mejorar un tratamiento, un diagnóstico, la prevención, la investigación o la educación... con el objetivo de obtener resultados en calidad, seguridad, *outcomes*, eficiencia y costes».

Así, en el caso concreto de nuestro centro, contamos con una **importante oportunidad de mejora e innovación técnica en el campo quirúrgico**, oportunidad clave derivada de la reforma integral del área quirúrgica llevada a cabo recientemente y que ha permitido incorporar recursos materiales no disponibles hasta ahora y mejorar los ya existentes. Oportunidad clave decimos, porque, además, su no aprovechamiento conllevaría un estancamiento inaceptable del nivel quirúrgico y asistencial de nuestra unidad.

Para concretar, dicha oportunidad se debe concretar en **la incorporación y desarrollo de nuevas técnicas quirúrgicas y modelos de asistencia** no disponibles en la cartera de servicios de la unidad hasta ahora. Entre ellas, las más significativas serían las siguientes:

- Cirugía mínimamente invasiva de la litiasis, gracias a la adquisición de un láser holmium, ureteroscopios flexibles y nefroscopios. Incluiría:
 - Cirugía intrarrenal retrógrada (RIRS).
 - Nefrolitotomía percutánea (NLP).
 - Cirugía intrarrenal endoscópica combinada (ECIRS).
 - Fragmentación láser de la litiasis urológica.
- Cirugía reparadora y reconstructiva del suelo pélvico:

⁶ Barrubés J, Honrubia L, Día O, de Vicente M. El reto del acceso a la innovación: Implantar procesos disruptivos en estructuras organizativas rígidas. Barcelona: Antares Consulting. 2018

- Colposacropexia laparoscópica (CSPL)
- Reparación del prolapso de órganos pélvicos (POP) vía vaginal.
- Rehabilitación del suelo pélvico:
 - Estimulación transcutánea del nervio tibial posterior mediante dispositivos neuromoduladores portátiles domiciliarios.
- Ampliación de la cartera de servicios en cirugía mayor y menor ambulatoria al disponer de un nuevo espacio específico para dichos procesos:
 - Inyección intravesical de toxina botulínica para la vejiga hiperactiva.
 - Biopsia de próstata por saturación.
 - Recambio endoscópico de tutores ureterales.

Para todo ello es imprescindible el compromiso, tanto de la dirección gerencia del centro como del jefe clínico, con el fomento del desarrollo profesional y la formación continuada, con una actitud motivadora e incentivadora de los profesionales a su cargo, dotando del tiempo necesario a los implicados y asumiendo que al principio puede suponer un retraso en la consecución de algunos objetivos. En definitiva, una adecuada gestión del conocimiento desde su generación a su aplicación.

4.11. Actividad investigadora, formación continuada y docencia.

Lógicamente, la investigación, docencia y formación continuada están íntimamente ligadas al círculo del conocimiento y la innovación, y todo lo anterior es aplicable aquí. Haremos una breve descripción de objetivos por apartados.

4.11.a. Actividad investigadora.

La acción investigadora (básica, clínica o traslacional) de calidad es exigente y demanda mucha dedicación. Además, la investigación básica, como pilar científico que es, precisa de recursos materiales, humanos y estructurales de especial complejidad.

Por lo arriba comentado, y haciendo un ejercicio de pragmatidad y realismo, consideramos que, un centro de mediano tamaño y recursos como es el nuestro, quizás sea más adecuado centrar los esfuerzos en la investigación clínica. Para afrontar dicho esfuerzo, lo estructuraremos en dos dimensiones u orientaciones:

1. **Analizar la propia actividad (autoevaluación), mediante estudios descriptivos retrospectivos**, para conocer el resultado de nuestras intervenciones, como ejemplos de estudios de este tipo citaremos: resultados funcionales (incontinencia, impotencia) tras prostatectomía radical por cáncer de próstata localizado, número de ganglios linfáticos extraídos en los procedimientos de linfadenectomía oncológica, resultados funcionales (flujo miccional, residuo postmiccional) tras cirugía por hiperplasia benigna de próstata, resolución de litiasis ureterales vía endoscópica en un acto. **Como objetivo concreto**

proponemos: realización de al menos 1 estudio retrospectivo anual, en la línea de lo expuesto.

2. **Investigación clínica, con estudios prospectivos incluyendo ensayos clínicos**, para promover la evaluación de nuevas intervenciones en la práctica clínica. Ejemplo de ello, es el ensayo clínico aleatorizado (ECA) multicéntrico amparado y financiado por la Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia (FFIS), que actualmente estamos realizando, siendo el nuestro el centro de referencia⁷. **El objetivo en este caso será la realización o inicio de al menos un estudio prospectivo o ensayo clínico cada 3 años.**

4.11.b. Formación continuada.

La actualización en la ciencia médica no solo es deseable si no que es **imprescindible y con ello exigible**. La naturaleza dinámica y cambiante del conocimiento médico y la actividad asistencial convierte en inaceptable una práctica médica que no se actualiza, siendo ésta contraria a la ética y el código deontológico.

Entendiendo esto, sorprende la secular despreocupación por parte las instituciones sanitarias públicas en la formación de sus profesionales, descargando toda la responsabilidad al respecto en los propios profesionales. Sólo es explicable esta posición por la eterna carencia de recursos económicos, lo cual, por otro lado, no es resultado más que de no entender que el gasto en formación no es tal gasto si no inversión a futuro, cuestiones éstas bien interiorizadas en el sector privado, pero con poca aceptación en las instituciones públicas en general y sanitarias en particular.

Es exigible, por tanto, a dichas instituciones un mayor compromiso con la formación continuada y que, si no pueden aportar financiación, al menos no pongan obstáculos para ello y sí que faciliten las acciones formativas mediante una actitud de flexibilidad sin descuidar las exigencias asistenciales.

En nuestro caso, y siendo congruentes con lo anteriormente expuesto, **proponemos unos objetivos sencillos de formación continuada**, que además demuestran, que no siempre se precisan recursos económicos adicionales, pero si es imprescindible la de voluntad de mejora:

1. **Sesión quinquenal de revisiones monográficas:** ya sean acerca de entidades nosológicas, técnicas quirúrgicas, tratamientos médicos, cuestiones de procedimiento, gestión, calidad, seguridad o cualquier otra circunstancia de interés asistencial.
2. **Sesión quinquenal de novedades bibliográficas:** con la presentación y análisis de un único artículo por sesión, de reciente publicación o interés especial.

⁷ En dicho estudio se pretende valorar la efectividad (entre otros objetivos) de una nueva intervención para el tratamiento de la vejiga hiperactiva que consiste en la estimulación transcutánea del nervio tibial posterior (TPTENS) mediante dispositivos neuromoduladores domiciliarios.

3. **Sesión Clínica semanal:** para la exposición, valoración y toma de decisiones colegiada por la unidad de aquellos casos complejos o susceptibles de variabilidad en el manejo.
4. **Sesión Quirúrgica semanal:** revisión conjunta de los pacientes que vayan a ser operados en la semana siguiente.
5. **Plan formativo individualizado:** diseño de una ruta formativa para cada profesional en base a su función asistencial dentro del servicio y sus propias inquietudes profesionales. Mediante la distribución de la asistencia a encuentros y cursos, y muy especialmente en el plano quirúrgico, mediante un plan progresivo de tutorización, avanzando desde las estancias externas primero, a la tutorización externa e interna después, y hasta la independencia y excelencia.

4.11.c. Docencia.

En nuestra unidad y centro no existen plazas para la formación de especialistas en urología, sin embargo, recibimos discentes de varios ámbitos:

- **Estudiantes de la Diplomatura Universitaria en Enfermería (DUE):** su tutorización depende del área de enfermería de la unidad, pero su formación junto con los facultativos es lógicamente imprescindible.
- **Estudiantes de la Licenciatura en Medicina:** por convenio con el S.M.S. solo acuden a nuestro centro estudiantes procedentes de la Universidad Católica de Murcia (UCAM), solo pasan cuatro días en nuestra unidad.
- **Médicos Internos Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC):** realizando una rotación por nuestra unidad de un mes.

Nos marcaremos objetivos sobre todo relacionados con la formación MIR, ya que, por un lado, los estudiantes de la DUE dependen de la unidad docente de enfermería y por otro, los estudiantes de Medicina apenas están cuatro días con nosotros, de manera que con respecto a ellos el objetivo únicamente será que conozcan en que consiste el trabajo diario del especialista en urología.

En nuestra unidad todos los facultativos se encargan de la docencia, si bien es el jefe de la unidad quien determina como se reparte la actividad diaria de los MIR acompañando a alguno de los facultativos. Así pues, el **plan formativo para los residentes de MFyC** consistirá en cumplir una serie de objetivos:

1. **Asistencia:** control mediante firma y evaluación de los docentes.
2. **Actitud:** evaluación mediante encuesta a los docentes.
3. **Conocimientos,** evaluados mediante tres pruebas:
 - a. Examen tipo test de conocimientos generales.
 - b. Realización de una sesión de revisión monográfica de un tema de interés conjunto urología – atención primaria.
 - c. Realización de una sesión de revisión de un artículo científico de interés conjunto urología – atención primaria.

4.12. Monitorización del plan de gestión: el cuadro de mando.

Una vez que hemos desarrollado el plan estratégico de la unidad, con sus objetivos y metas, el paso siguiente es la medición, el control, la supervisión de que dichos elementos se cumplen. Ningún proceso de planificación, de toma de medidas, de mejora en definitiva puede resultar útil si no se monitoriza su cumplimiento, ya que será a través de dicho cumplimiento como pretendemos alcanzar los resultados prefijados.

La cuestión radicaré ahora en cómo realizar esa monitorización. Será necesario pues, recoger la información clave que nos revele el seguimiento del plan trazado. Para ello, deben utilizarse herramientas lo más objetivas y claras posibles, clásicamente, la elaboración de **indicadores** la herramienta más utilizada y ampliamente validada. Será tema cardinal el correcto diseño y selección de los mismos.

Por otro lado, es habitual mostrar la ordenación y estructuración de los diferentes indicadores en los denominados **cuadros de mando (CM)**, como herramientas que muestren la información necesaria y suficiente presentada en un formato de fácil lectura y rápido uso.

Llegado este punto, vamos a tratar de dar un salto cualitativo en el aspecto de la monitorización y utilización de indicadores, de manera que vamos a intentar que los propios indicadores se muestren alineados con las líneas estratégicas planteadas, que sean fruto de ellas. Trataremos así, pasar de un concepto de cuadro de mando clásico a una idea de Cuadro de Mando Integral (CMI), cuya principal diferencia radicaré en que el CMI conforma en sí mismo un instrumento de gestión estratégica y no un mero instrumento de medición (representado por los CM clásicos).

El CMI supondrá un método estructurado y un mapa de trabajo para la selección de indicadores basado en las relaciones causa-efecto vinculadas a la estrategia. Sin embargo, creemos necesario dar un giro más al planteamiento del CMI, haciendo que se adecue a las características de la organización, reconociendo en el diseño la naturaleza, la cultura, el estilo de dirección y la diversidad de las relaciones interpersonales de organizaciones tan características como las sanitarias. Las entidades sanitarias, y además públicas, como las nuestras, suponen una serie de matices no presentes en las entidades lucrativas privadas, de manera que consideramos preciso el ajuste del planteamiento de las “perspectivas” tradicionales del CMI para adaptar las mismas a la idiosincrasia de nuestro Sistema de Salud. **El CMI debe ser en definitiva una herramienta flexible, las organizaciones deberán adoptar aquellas perspectivas que mejor se adapten a sus características y, de esta forma el CMI permitirá centrar la atención en aquellos factores clave específicos relacionados con la consecución de los objetivos estratégicos marcados.**

Siguiendo esta filosofía de adaptación y flexibilidad del CMI, vamos a pasar, **en nuestro caso**, de las cuatro perspectivas clásicas (1. Financiera, 2. Clientes, 3. Procesos internos, 4. Aprendizaje y Crecimiento) a otras tantas, que estarán orientadas y

supeditadas a la misión, visión y valores de nuestra organización, y que se corresponderán a las líneas y objetivos estratégicos derivadas de ellas:

1. **Perspectiva de los pacientes y usuarios.**
2. **Perspectiva de sostenibilidad y viabilidad del sistema.**
3. **Perspectiva de los procesos clave.**
4. **Perspectiva de la gestión del conocimiento y el aprendizaje.**

Para cada perspectiva diseñaremos una serie de indicadores, bajo las premisas ya expuestas, y procurando siempre un número suficiente pero el mínimo posible de los mismos. Los expondremos a continuación de forma esquematizada en tablas y siguiendo la metodología habitual del CMI modificada para nuestra unidad.

1. PERSPECTIVA DE LOS PACIENTES Y USUARIOS

OBJETIVO ESTRATÉGICO	INDICADOR	FÓRMULA	META
Calidad Percibida	Satisfacción en el Área Quirúrgica	Pacientes que puntúan con 8 o más su satisfacción con el área quirúrgica x 100 / Valoraciones realizadas (cuestionario EMCA).	80%
	Satisfacción en el Área de Consultas Externas	Pacientes que puntúan con 8 o más su satisfacción con las consultas externas x 100 / Valoraciones realizadas (cuestionario EMCA).	80%
	Satisfacción en el Área de Hospitalización	Pacientes que puntúan con 8 o más su satisfacción con el área de hospitalización x 100 / Valoraciones realizadas (cuestionario EMCA).	80%
Accesibilidad	Pacientes quirúrgicos con espera mayor de 365 días.	Pacientes en lista de espera quirúrgica cuya espera es superior a los 365 días desde la fecha de inclusión.	0
	Pacientes quirúrgicos, prioridad 1, con espera mayor de 30 días.	Pacientes en lista de espera quirúrgica, prioridad 1, cuya espera es superior a los 30 días desde la fecha de inclusión.	0
	Pacientes que rebasan el tiempo de espera máximo para consulta externa.	Pacientes que rebasan el tiempo máximo de espera para primera consulta hospitalaria, 50 días.	0

2. PERSPECTIVA DE SOSTENIBILIDAD Y VIABILIDAD DEL SISTEMA

OBJETIVO ESTRATÉGICO	INDICADOR	FÓRMULA	META
Uso racional del medicamento	Gasto hospitalario en biosimilares de moléculas que suponen un alto impacto económico, y para los que se haya demostrado su equivalencia terapéutica y calidad de producto final	Utilización (DDD, envases) de biosimilares x 100/ total de utilización de los biológicos originales.	≥50%
	Gasto en prescripción de inhibidores de la bomba de protones (IBPs) de elección para la prevención y tratamiento de la úlcera digestiva	DDD o envases de IBPs de elección x 100 / DDD o envases totales de IBPs	≥80%
Uso adecuado de los recursos	Rendimiento quirúrgico	Tiempo transcurrido (expresado en minutos) entre el inicio de la primera intervención y el fin de la última intervención (Tiempo bruto) x 100 / Tiempo asignado en la planificación de cada sesión (tiempo disponible).	≥80%
	Uso de historia clínica electrónica en consultas externas de Urología	Consultas médicas con historia clínica cumplimentada en Selene x 100 / Consultas médicas.	≥95%

3. PERSPECTIVA DE LOS PROCESOS CLAVE			
OBJETIVO ESTRATÉGICO	INDICADOR	FÓRMULA	META
Calidad Asistencial	Elaboración de Rutas Asistenciales (R. A.)	R. A. elaboradas x 100 / R. A. propuestas (2).	≥50%
	Elaboración de Protocolos Asistenciales (P. A.)	P. A. elaboradas x 100 / P. A. propuestas (4).	≥50%
Continuidad asistencial	Cuidados al alta	Informe de continuidad de cuidados realizados al alta hospitalaria x 100 / Altas hospitalarias en un periodo determinado.	≥60%
	Coordinación con Atención Primaria	Acceso a la Historia Clínica del paciente por el médico de A. P. antes de 72 horas tras el alta hospitalaria x 100 / Pacientes dados de alta hospitalaria	≥30%
Seguridad del Paciente	Listado Verificación Quirúrgica	Nº de cirugías en las que se ha realizado el LVQ x 100 / Nº de cirugías realizadas.	≥95%
	Listado Verificación Infección Quirúrgica Zero	Nº de cirugías en las que se ha realizado el LV-IQZ x 100 / Nº de cirugías realizadas.	≥80%
	Acogida en Hospitalización y valoración de riesgos	Pacientes ingresados con realización correcta del Plan de Acogida en Hospitalización x 100 / Pacientes ingresados en Hospitalización.	≥80%

4. PERSPECTIVA DE LA GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y EL APRENDIZAJE			
OBJETIVO ESTRATÉGICO	INDICADOR	FÓRMULA	META
Innovación	Ampliación y mejora de la Cartera de Servicios de la Unidad	Nuevas técnicas-intervenciones realizadas x 100 / Total de las técnicas-intervenciones propuestas en el plan estratégico.	≥50%
Investigación	Compromiso Investigador	Facultativos que participan o han participado en estudios clínicos en el último año x 100 / total de los facultativos.	≥33%
Formación Continuada	Adecuación de las Sesiones de la Unidad	Facultativos que participan en las sesiones de la unidad x 100 / total de los facultativos.	100%
Docencia MIR	Adecuación del Plan formativo en Urología	MIR que cumplen el plan formativo en Urología x 100 / MIR que realizan rotación en la unidad de Urología.	100%

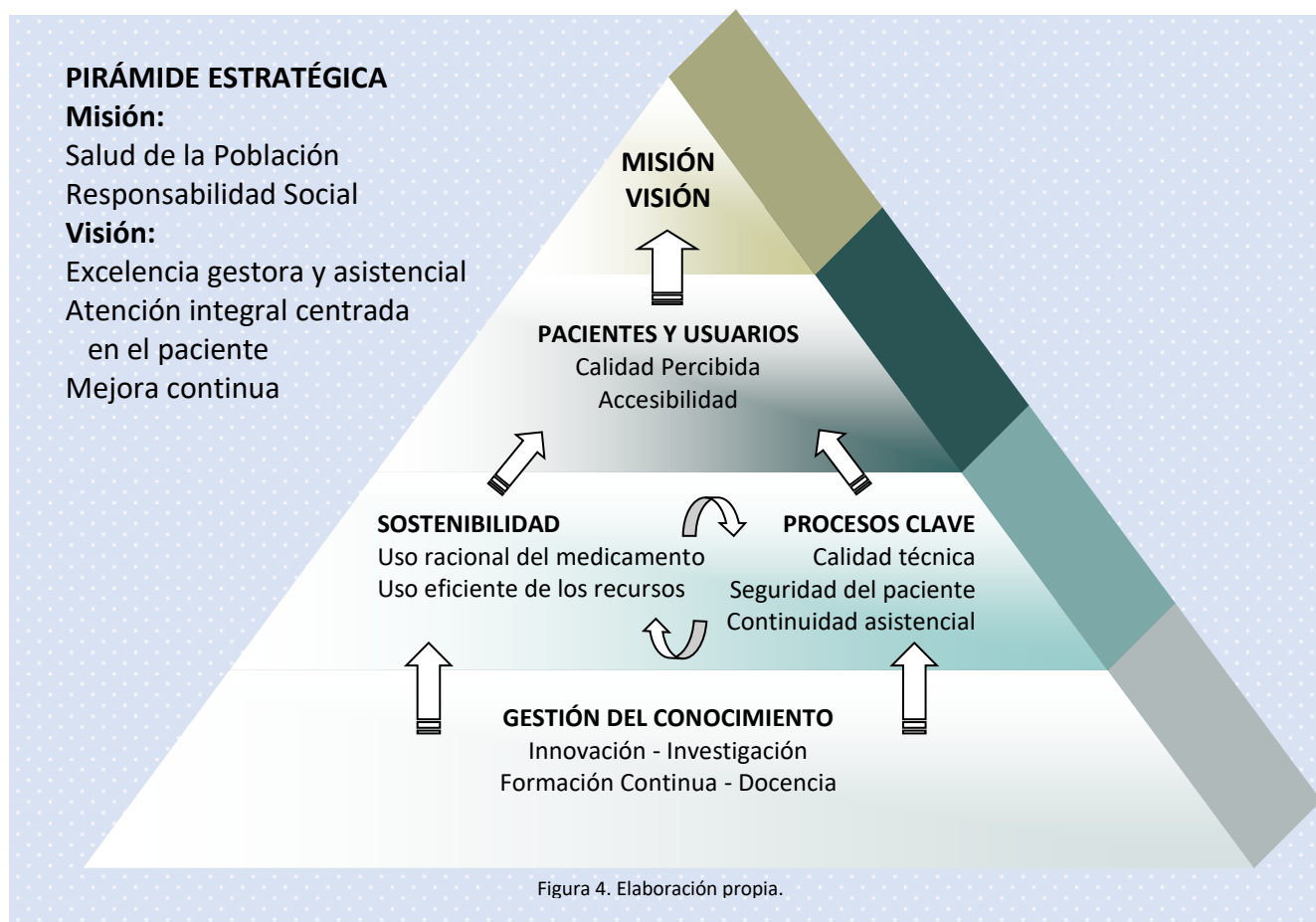
Finalmente, tras haber identificado los principales objetivos estratégicos y las herramientas para medir su consecución, queremos exponer una representación gráfica de como las diferentes perspectivas y objetivos interactúan entre sí. Interacciones para llegar al objetivo último, la razón de ser, que no es otra que la Misión de la unidad de urología, y hacerlo bajo la Visión y Valores que se han decidido adoptar. Esta representación constituirá el **mapa estratégico**.

En las instituciones sanitarias es fácil encontrar mayor resistencia a realizar un mapa estratégico estableciendo relaciones jerarquizadas entre las diferentes perspectivas. Ello se debe a que, en muchas ocasiones, la relaciones causa-efecto

entre objetivos no son siempre unidireccionales sino multidireccionales o incluso cíclicas. En otras ocasiones, el problema radica en que no es posible identificar una perspectiva prioritaria frente a otra.

En nuestro caso, y como conclusión, consideramos que, si bien esto es cierto, sí es posible determinar varias relaciones que podemos plasmar en la **Pirámide Estratégica de la Unidad**, con varios niveles en orden jerárquico ascendente. Describimos:

- **Una perspectiva inductora del cambio y de la mejora continua:** la gestión del conocimiento que actuará como base de la pirámide estratégica.
- **Dos perspectivas intermediarias:** los procesos clave y la sostenibilidad, las cuales, desarrolladas desde el mejor conocimiento posible (desde la base), nos conducirán a nuestro objetivo final, interactuando entre ellas y retroalimentando el proceso.
- **Una perspectiva objetivo:** cerca de la cumbre, la satisfacción de las necesidades de la población (usuarios, pacientes y familiares) en términos medibles (calidad percibida y accesibilidad, como hemos realizado en nuestra propuesta de CMI).
- **Finalmente, la Misión, Visión y Valores:** cumbre y propósito final de la planificación estratégica propuesta.



5. Relación de figuras y tablas.

- **Figura 1.** Zonas básicas de salud del Área III de Salud del SMS. **pág. 7**
- **Figura 2.** Vista panorámica y ubicación geográfica del Hospital..... **8**
- **Figura 3.** Mapa de procesos de la unidad de Urología. **24**
- **Figura 4.** Pirámide estratégica de la unidad de Urología..... **42**
- **Tabla 1.** Centros de salud y consultorios del Área III de Salud del SMS..... **7**
- **Tabla 2.** Recursos estructurales del Área III de Salud del SMS..... **10**
- **Tabla 3.** Recursos humanos del Área III de Salud del SMS..... **10**
- **Tabla 4.** Esperanza de vida al nacer, comparativa SMS-SNS..... **14**
- **Tabla 5.** Principales hábitos en salud, comparativa SMS-SNS..... **14**

6. Bibliografía y recursos utilizados.

1. Plan de Salud 2010-2015 de la Región de Murcia. Consejería de Sanidad y Consumo; 2010. Disponible en: [<http://www.murciasalud.es/pagina.php?id=144972>]
2. Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria. Servicio Murciano de Salud. Disponible en: [<http://www.murciasalud.es/seccion.php?idsec=1084>].
3. Catálogo de Hospitales. Región de Murcia. León León J, Palomar Rodríguez JA. 2018. Murcia: Consejería Salud; 2018.
4. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2016, Estrategias y acciones destacables, Comunidad Autónoma de la Región de Murcia; informes, estudios e investigación 2016, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: [<https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm>]
5. Choosing Wisely, an initiative of the ABIM Foundation. Disponible en: [<http://www.choosingwisely.org>].
6. Grupo de trabajo para la actualización del Manual de Elaboración de GPC. Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Actualización del Manual Metodológico. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Zaragoza: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS); 2016. Disponible en: [http://portal.guiasalud.es/emanuales/elaboracion_2/?capitulo].
7. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Período 2015-2020. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: [<https://www.seguridaddelpaciente.es>].
8. Programa de acción para el impulso y mejora de la Atención Primaria en la Región de Murcia, PAIMAP 2018-2022, Consejería de Salud de la Región de Murcia, Servicio Murciano de Salud, 2018. Disponible en [<https://www.murciasalud.es/publicaciones.php?op=mostrar&tipo=editores&id=6&idsec=88>].
9. Diseño de procesos en el Servicio Murciano de Salud, Consejería de Sanidad de la Región de Murcia. Disponible en: [<http://www.programaemca.org>].

10. Proyecto de Cirugía Segura del Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, actualización 2015. Disponible en: [<http://www.cirurgiasegura.es>].
11. Proyecto de Infección Quirúrgica Zero, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, actualización 2016. Disponible en: [<http://infeccionquirurgicazero.es>].
12. Estrategia para la seguridad del paciente en el SSPA 2011-2014, Consejería de Salud, Junta de Andalucía, 2011. Disponible en: [<http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/estrategia/index.html>].
13. Hipertrofia benigna de próstata y cáncer de próstata: proceso asistencial integrado, Baena González, Víctor...et al, 3ªed., Sevilla, Consejería de Salud, Junta de Andalucía, 2011.
14. Urolitiasis: proceso asistencial integrado, Arrabal Martín, Miguel...et al, Sevilla, Junta de Andalucía, Consejería de Salud, 2012.
15. Plan estratégico y de acción para reducir el riesgo de selección y diseminación de la resistencia a los antibióticos, Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), segunda edición, septiembre 2015.
16. El reto del acceso a la innovación: implantar procesos disruptivos en estructuras organizativas rígidas. Barrubés J, Honrubia L, Día O, de Vicente M. Barcelona: Antares Consulting. 2018.
17. Innovación y solvencia: cara y cruz de la sostenibilidad del sistema sanitario español, Juan E. del Llano Señarís, Fundación Gaspar Casal, 2016.
18. CREM: portal estadístico de la Región de Murcia. Disponible en: [<http://econet.carm.es>].
19. Indicadores clave del SNS. Disponible en: [<http://inclasns.msssi.es/>]
20. Indicadores de Calidad Asistencial en Urología. Disponible en: [<https://aeu.es/OficinaGClinica.aspx>].
21. Portal estadístico del SNS. Disponible en: [<https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/home.htm>].
22. Un análisis de la flexibilidad del Cuadro de Mando integral (CMI) en su adaptación a la naturaleza de las organizaciones. Santos Cebrián, Mónica & Fidalgo-Cervino, Esther. Revista iberoamericana de contabilidad de gestión, ISSN 1696-294X. 2. 85-116, 2014.
23. Acuerdo de Gestión 2018. Gerencia del Área III de Salud del Servicio Murciano de Salud. Disponible en: [<http://www.murciasalud.es/pagina.php?id=407066>]

7. Currículum.

7.1. Perfil profesional.

I. EXPERIENCIA PROFESIONAL

FACULTATIVO ESPECIALISTA EN UROLOGÍA, Hospital Universitario Rafael Méndez, Lorca (Murcia).	Desde el 01/10/2012 hasta la actualidad, con carácter de interinidad.
FACULTATIVO ESPECIALISTA EN UROLOGÍA, Hospital General de Baza, Baza (Granada).	Entre el 13/06/2011-31/12/2011 con carácter eventual. Entre el 01/01/2012-30/09/2012 con carácter de interinidad vacante.
MIR UROLOGÍA, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.	25/05/2006-24/05/2011

II. FORMACIÓN

2.1. FORMACIÓN ACADÉMICA.

- LICENCIADO EN MEDICINA Y CIRUGÍA, Facultad de Medicina de Granada, España. 26 de septiembre de 2005.

2.1.1. FORMACIÓN DE POSTGRADO.

- DIPLOMA DE ESTUDIOS AVANZADOS, calificación de SOBRESALIENTE, previa superación del período de docencia de los estudios de Tercer Ciclo dentro del Programa de Doctorado "Bioquímica y Biología Molecular" con la calificación de SOBRESALIENTE (21 créditos), y período de investigación tutelada con la calificación SOBRESALIENTE (12 créditos), acreditando la suficiencia investigadora el 22 de Junio de 2009 en el Área de Conocimiento de BIOQUÍMICA Y BIOLOGÍA MOLECULAR, dentro del Programa de Doctorado "BIOQUÍMICA Y BIOLOGÍA MOLECULAR", con la calificación de SOBRESALIENTE. Facultad de Medicina de Granada.

- "*Máster propio de Intervención Integral Social*", Universidad de Almería, dado en Almería, a 25 de enero de 2017, constando de 60,7 créditos ECTS.

- "*Especialista en Intervención en pérdida y duelo*", organizado por La Fundación Almería Social y Laboral y la Universidad de Almería del 22 de abril al 21 de mayo de 2016, constando de 120 horas lectivas (16 créditos ECTS).

- "*Especialista en abordaje integral de pacientes mentales graves*", organizado por La Fundación Almería Social y Laboral y la Universidad de Almería del 10 de marzo al 15 de abril de 2016, constando de 120 horas lectivas (16 créditos ECTS).

- "*Especialista en Intervención y tratamientos psicosociales*", organizado por La Fundación Almería Social y Laboral y la Universidad de Almería del 16 de octubre al 19 de diciembre de 2015, constando de 180 horas lectivas (24 créditos ECTS).

2.2. FORMACIÓN ESPECIALIZADA.

- ESPECIALISTA EN UROLOGÍA previo cumplimiento del período completo de formación como residente del Programa de Internos Residentes entre el 25/05/2006 y el 24/05/2011.

2.3. FORMACIÓN CONTINUADA.

2.3.1. COMO DISCENTE.

- *"Curso de Formación Continuada en el manejo práctico de toxina botulínica en Vejiga Hiperactiva"*, del 6 de abril del 2015 al 16 de agosto del 2015, acreditado por la Comisión de Formación Continuada (CFC) de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid con 6,3 créditos.

- *"Síntomas del tracto urinario inferior en el varón"*, organizado por Sanidad y Ediciones SANED S.L., realizado entre septiembre de 2016 y agosto de 2017. Acreditado por la Comisión de Formación Continuada (CFC) de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid-Sistema Nacional de Salud con 3,8 créditos (42 horas lectivas).

- *"Abordaje de la vejiga hiperactiva en la mujer"*, organizado por Sanidad y Ediciones SANED S.L., realizado entre septiembre de 2016 y agosto de 2017. Acreditado por la Comisión de Formación Continuada (CFC) de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid-Sistema Nacional de Salud con 3,8 créditos (42 horas lectivas).

- *"Curso integral del abordaje del cáncer de próstata, de la teoría a la práctica"*, organizado por Astellas Pharma y el Centro de Cirugía Mínimamente Invasiva Jesús Usón, los días 13,14 y 15 de febrero de 2017, constando la estancia de 19,5 horas lectivas.

- *"VII Congreso Nacional de Suelo Pélvico"*, organizado por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, celebrado en Bilbao del 3 al 5 de abril de 2014, realizando la actividad acreditada por la Comisión de Formación Continuada (CFC) de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid con 2 créditos.

- *"XX Jornadas de la Asociación Murciana de Urología"*, celebradas en Lorca los días 20 y 21 de febrero de 2015. Acreditada por la Comisión de Formación Continuada (CFC) de las Profesiones Sanitarias de la Región de Murcia con 0,9 créditos.

- *"Curso online: Incontinencia Urinaria 2ª edición"*, celebrado del 03/02/2015 al 30/06/2015. Acreditado por Comisión de Formación Continuada (CFC) de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid con 3,6 créditos.

- *"Curso online: Cáncer de próstata 2ª edición"*, celebrado del 03/02/2015 al 30/06/2015. Acreditado por Comisión de Formación Continuada (CFC) de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid con 4,9 créditos.

- *"Curso online: Disfunción eréctil 2ª edición"*, celebrado del 03/02/2015 al 30/06/2015. Acreditado por Comisión de Formación Continuada (CFC) de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid con 5 créditos.

- *"Curso online: Sintomatología miccional crónica en el varón. Actualización HBP/LUTS 2ª edición"*, celebrado del 03/02/2015 al 30/06/2015. Acreditado por Comisión de Formación Continuada (CFC) de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid con 3,2 créditos.

- "*VIII Reunión de Cirugía del Futuro 2014: Nefrectomía parcial por LESS (3D)*", celebrada en el Hospital Clínic de Barcelona, 10 y 11 de marzo de 2014. Actividad acreditada por el Consell Català de Formació Continuada de les Professions Sanitàries - Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud con 0,7 créditos (4,5 horas lectivas).
- "*Curso Online de Salud del Hombre*", organizado por Bayer HealthCare, 20 de enero de 2014. Acreditado por el Consell Català de Formació Continuada de les Professions Sanitàries y por la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud con 2,5 créditos (15 horas lectivas).
- "*5 Minutos de Consulta Urológica. Primera Edición en español*", organizado por Springer SBM Spain y el Departamento de Medicina de la Universidad de Alcalá, Madrid, 16 de enero de 2014. Acreditado por la Comisión de Formación Continuada (CFC) de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid del Sistema Nacional de Salud (SNS) con 9,60 créditos (122 horas lectivas).
- "*Curso Online Actualización en Urología. Módulo II: Hiperplasia benigna de próstata*", organizado por Elsevier España, del 19 de septiembre de 2013 al 19 de junio de 2014. Acreditado por el Consell Català de Formació Continuada de les Professions Sanitàries y por la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud con 10,9 créditos (100 horas lectivas).
- "*Avances y controversias en el Diagnóstico del Cáncer de Próstata*", organizado por Springer SBM Spain y el Departamento de Medicina de la Universidad de Alcalá, Madrid, 10 de noviembre de 2013. Acreditado por la Comisión de Formación Continuada (CFC) de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid del Sistema Nacional de Salud (SNS) con 1 crédito (7 horas lectivas).
- "*POST ICS 8ª edición*", Madrid, 8 y 9 de noviembre de 2013. Acreditado por la Comisión de Formación Continuada (CFC) de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid del Sistema Nacional de Salud (SNS) con 0,9 créditos.
- "*Curso online de analgesia y sedación en el paciente crítico*", organizado por la SEMICYUC (Sociedad Española de Medicina Intensiva y Cuidados Críticos), superando con éxito las pruebas de evaluación, 3 de noviembre de 2013. Acreditado por la Agencia Laín Entralgo de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid con 10 créditos.
- "*Dolor agudo postoperatorio*", Hospital de Baza, Servicio Andaluz de Salud. Acreditado por la Comisión de Formación Continuada (CFC) del Sistema Nacional de Salud (SNS) con 2,38 créditos.
- "*Incontinence Forum*", Maastricht University Medical Center, 20 y 21 de abril de 2012. Acreditado por la Comisión de Formación Continuada (CFC) del Sistema Nacional de Salud (SNS) con 11 horas lectivas (2,2 créditos).
- "*Taller de iniciación en ecografía reno-vésico-prostática*", organizado por la Sociedad de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), Granada, 10 de diciembre de 2011. Acreditado por la Comisión de Formación Continuada (CFC) del Sistema Nacional de Salud (SNS) con 15 horas lectivas (4,3 créditos).

- *"Inmersiones quirúrgicas en uro-oncología"*, Fundació Puigvert, Barcelona, 9/11/2011. Acreditado por la Comisión de Formación Continuada (CFC) del Sistema Nacional de Salud (SNS) con 1,4 créditos.
- *"Formación y capacitación en protección radiológica para dirigir instalaciones de radiodiagnóstico médico"*, organizado por el Servicio Andaluz de Salud con el código 10/1893/0926/DT/P/AI y homologado por el Consejo de Seguridad Nuclear, impartido del 7 al 18 de junio de 2010 en Granada. Quedando ACREDITADO COMO DIRECTOR DE INSTALACIONES DE RAYOS X CON FINES DE DIAGNÓSTICO MÉDICO. 36 horas lectivas (7,95 créditos).
- *"Cursos de adiestramiento del LXXV Congreso Nacional de Urología"*, Bilbao, 11-12-13-14/06/2010, 6 horas lectivas (1,2 créditos):
 - Sesión Plenaria II. 0,3 créditos.
 - Curso de adiestramiento: Tratamiento del cáncer de próstata por estadios. 0,3 créditos.
 - Curso de adiestramiento: Manejo del carcinoma renal avanzado. 0,3 créditos.
 - Curso de adiestramiento: Cirugía percutánea renal. 0,3 créditos.
- *"XVIII Curso de laparoscopia experimental urológica"*, Centro de Cirugía de Mínima Invasión Jesús Usón, Cáceres, 11-12-13/01/2010. 21 horas lectivas.
- *"VIII Curso de Endourología "*, Centro de Cirugía de Mínima Invasión Jesús Usón, Cáceres, 16-17/04/2009. 16 horas lectivas.
- *"II Curso de la Asociación Española de Urología de Formación Continuada"*, Madrid, 12-13-14-15/11/2008, acreditado con 6,6 créditos, equivalentes a 32,5 horas lectivas.
- *"Programa común complementario para especialistas en formación en ciencias de la salud de Andalucía"*, Servicio Andaluz de Salud, Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada, 2006-2008. 205 horas lectivas.
- *"XV Fin de Semana Urológico"*, Facultad de Medicina de la Universidad de Granada, 29-30/11/2007. 10 horas lectivas.
- *"III Curso de Anatomía Quirúrgica del retroperitoneo y Aparato Urinario, Disección en cadáver"*, Facultad de Medicina de la Universidad de Granada, 28-29/09/2007. 20 horas lectivas.
- *"Circuito de entrenamiento en escenarios de simulación de urgencias"*, Fundación IAVANTE, Granada, 13/07/2006. 8 horas lectivas.
- *"E-Training: Electrocardiografía nivel básico"*, Fundación IAVANTE, Granada, 01/06/2006-10/07/2006. 60 horas lectivas.
- *"Seminario de pruebas diagnósticas en urgencias"*, Fundación IAVANTE, Granada, 26/06/2006-06/07/2006. 10 horas lectivas.
- *"Circuito de entrenamiento en habilidades relacionales"*, Fundación IAVANTE, Granada, 23/06/2006-30/06/2006. 10 horas lectivas.
- *"Organización funcional de la unidad de urgencias"*, Fundación IAVANTE, Granada, 30/05/2006-21/06/2006. 60 horas lectivas.

2.3.2. COMO DOCENTE.

- Docente de la sesión clínica "*Urgencias en Urología*", como colaborador de la Comisión de Docencia del Hospital Rafael Méndez de Lorca, el 8 de mayo de 2013, impartiendo como DOCENTE un total de 1 hora.
- "*Organización funcional de la unidad de urgencias*", como colaborador de la Fundación IAVANTE como DOCENTE durante el año 2010, realizando un total de 1 hora.

III. OTROS MÉRITOS, TRABAJO CIENTÍFICO.

3.a) Trabajos científicos publicados.

3.a.1) Libros relacionados con la especialidad.

- "*Síntomas del tracto urinario inferior (STUI) en el varón*", Cartagena 2014, ISBN 978-84-697-1910-7, Depósito Legal MU-1405-2014. Autor: José David Jiménez Parra; Coautores: Ramón José La Iglesia Cabrerizo; José Carlos Ruíz Morcillo; Manuel José Segura Sánchez; Raquel Berrio Campos; Andrei Bitsunov Bitsunova.
- "*Urología en la Puerta de Urgencias*", 2017, ISBN formato papel 978-84-685-0460-5, ISBN formato digital 978-84-685-0461-2, Depósito Legal M-23074-2017. Autor y Director: Manuel José Segura Sánchez; Coautores: José Carlos Ruíz Morcillo, José David Jiménez Parra, Raquel Berrio Campos.

3.b) Ponencias en congresos o reuniones científicas.

- Participación como MODERADOR en el XVII Curso de Residentes de la Asociación Andaluza de Urología, celebrado en Punta umbría (Huelva) durante los días 25 y 26 de marzo de 2011, en las mesas:
 - "*Urología Pediátrica para el Urólogo General*".
 - "*Principales y nuevas aplicaciones de la energía láser en urología*".
- Participación como PONENTE en el XVI Curso de Residentes de la Asociación Andaluza de Urología, celebrado en Málaga, durante los días 19 y 20 de marzo de 2010, con el caso clínico "*Traumatismos del aparato genitourinario*".
- Participación como PONENTE en el XV Curso de Residentes de la Asociación Andaluza de Urología, celebrado en Chiclana (Cádiz) durante los días 8 y 9 de mayo de 2009, con el caso clínico "*Tratamiento médico de la HBP*".
- Participación como PONENTE en el XIII Curso de Residentes de la Asociación Andaluza de Urología, celebrado en Granada durante los días 19 y 20 de octubre de 2007.

3.c) Comunicaciones en congresos o reuniones científicas (3 PRIMEROS AUTORES).

3.c.1) De ámbito nacional:

- Presentación de las siguientes comunicaciones en el **LXXXI Congreso Nacional de Urología**, celebrado en Toledo del 15 al 18 de junio de 2016:

- *"Reparación de fistula uretrocutánea coronal mediante técnica PATIO (Preserve the tract And Turn it Inside Out) tras meato/uretroplastia en un tiempo con injerto de mucosa bucal en paciente afecto de liquen escleroso"*, José Carlos Ruíz Morcillo, José David Jiménez Parra, Manuel José Segura Sánchez, Carlos Sánchez Rodríguez, Andrei Bitsunov Bitsunova, Ramón La Iglesia Cabrerizo.

- Presentación de las siguientes comunicaciones en el **LXXV Congreso Nacional de Urología**, celebrado en Bilbao durante los días 11, 12, 13 y 14 de junio de 2010:

- *"Uretroplastia dorsal con injerto libre de mucosa prepucial: Nuestra experiencia"* (Manuel José Segura Sánchez, Antonio Fernández Sánchez, Carlos Funes Padilla, Hernani Gil Julio, Enrique Cardozo Rodríguez, Fernando Vázquez Alonso, Manrique Pascual Geler, Javier Vicente Prados, Eduardo Espejo Maldonado, José Manuel Cózar Olmo).

- *"Estenosis de uretra: Resultados de la uretroplastia término-terminal"* (Manuel José Segura Sánchez, Antonio Fernández Sánchez, Carlos Funes Padilla, Hernani Gil Julio, Enrique Cardozo Rodríguez, Fernando Vázquez Alonso, Manrique Pascual Geler, Javier Vicente Prados, Eduardo Espejo Maldonado, José Manuel Cózar Olmo).

- *"Estudio comparativo de la evolución del trasplante renal con injertos de donantes subóptimos sometidos a biopsia renal"* (Javier Vicente Prados, Manuel José Segura Sánchez, Hernani Gil Julio, Enrique Cardozo Rodríguez, Fernando Vázquez Alonso, Francisco Rodríguez Herrera, Antonio Martínez Morcillo, Eduardo Espejo Maldonado, Antonio Fernández Sánchez, Manrique Pascual Geler, José Manuel Cózar Olmo, Juan Bravo Soto).

- Presentación de las siguientes comunicaciones en la **XXV Reunión Nacional del Grupo de urología Oncológica**, celebrada en Albacete durante los días 18 y 19 de abril de 2008:

- *"Metástasis esfenoidal como manifestación inicial en el cáncer de próstata"* (F. Vázquez, J.M. Cózar, M. Segura, M. Pascual, A. Fernández, F. Rodríguez, A. Martínez, F.J. Vicente, A. Suárez, E. Espejo, M. Tallada).

- Presentación de las siguientes comunicaciones en la **XV Reunión Nacional del Grupo Uroandrológico**, celebrado en Málaga durante los días 12 y 13 de marzo de 2010:

- *"Evolución en el manejo perquirúrgico y resultados en nuestra serie de implantes protésicos peneanos en la década de la medicación oral (1998-2008)"* (M. Segura Sánchez, C. Funes Padilla, H. Gil Julio, E. Cardozo Rodríguez, J.M. Molina Hernández, R. Berrio Campos, F.J. Rodríguez Herrera, J.M. Cózar Olmo).

3.c.2) De ámbito regional:

- Presentación de las siguientes comunicaciones en las **XXI Jornadas de la Asociación Murciana de Urología**, celebradas en Murcia los días 12 y 13 de febrero de 2016

1. *"Tumorectomía renal laparoscópica. Nuestra experiencia utilizando sutura barbada para el cierre del parénquima renal"*, José Carlos Ruíz Morcillo, Carlos Sánchez Rodríguez, José David Jiménez Parra, Manuel José Segura Sánchez, José David Jiménez Parra, Andrei Bitsunov Bitsunova, Ramón José La Iglesia Cabrerizo.

2. *"Meato-uretroplastia peneana utilizando injerto de mucosa bucal. Primer tiempo"*, José Carlos Ruíz Morcillo, Carlos Sánchez Rodríguez, Manuel José Segura Sánchez, Andrei Bitsunov Bitsunova, Ramón José La Iglesia Cabrerizo.
 3. *"Meato-uretroplastia penenana utilizando injerto de mucosa bucal en posición INLAY para corrección de estenosis secundaria a liquen escleroso"*, José Carlos Ruíz Morcillo, José David Jiménez Parra, Manuel José Segura Sánchez, Raquel Berrio Campos, Carlos Sánchez Rodríguez, Andrei Bitsunov Bitsunova, Ramón José La Iglesia Cabrerizo.
 4. *"Esquistosomiasis vesical. Visión endoscópica"*, José David Jiménez Parra, José Carlos Ruíz Morcillo, Manuel José Segura Sánchez, Carlos Sánchez Rodríguez, P. Mesa del Castillo Bermejo, Andrei Bitsunov Bitsunova, Ramón José La Iglesia Cabrerizo.
 5. *"Cuerpos extraños en Urología"*, José David Jiménez Parra, José Carlos Ruíz Morcillo, Manuel José Segura Sánchez, Carlos Sánchez Rodríguez, Andrei Bitsunov Bitsunova, P. Mesa del Castillo Bermejo, Ramón José La Iglesia Cabrerizo.
 6. *"Anigiomiolipoma renal gigante en paciente con Esclerosis Tuberosa"*, José David Jiménez Parra, Manuel José Segura Sánchez, José Carlos Ruíz Morcillo, Carlos Sánchez Rodríguez, Andrei Bitsunov Bitsunova, M.J. Lorente Sánchez, Ramón José La Iglesia Cabrerizo.
 7. *"Absceso masivo en ileopsoas y retroperitoneo de origen urinario"*, Manuel José Segura Sánchez, José Carlos Ruíz Morcillo, José David Jiménez Parra, Carlos Sánchez Rodríguez, Andrei Bitsunov Bitsunova, Ramón La Iglesia Cabrerizo.
 8. *"Reconstrucción con injerto de mucosa bucal tras Gangrena de Fournier"*, Carlos Sánchez Rodríguez, José Carlos Ruíz Morcillo, Isabel María Serrano Molina, José David Jiménez Parra, Manuel José Segura Sánchez, Ramón La Iglesia Cabrerizo.
- Presentación de las siguientes comunicaciones en las **XXII Jornadas de la Asociación Murciana de Urología**, celebradas en Cartagena los días 9 y 10 de febrero de 2017:
 1. *"Reparación de fístula uretrocutánea coronal mediante técnica PATIO (Preserve the tract And Turn it Inside Out) tras meato/uretroplastia en un tiempo con injerto de mucosa bucal en paciente afecto de liquen escleroso"*, José Carlos Ruíz Morcillo, José David Jiménez Parra, Manuel José Segura Sánchez, Carlos Sánchez Rodríguez, Andrei Bitsunov Bitsunova, Ramón La Iglesia Cabrerizo.
 2. *"Reconstrucción de meato perineal con injerto de mucosa bucal en paciente joven con antecedente de penectomía total tras gangrena de Fournier perineal"*, José Carlos Ruíz Morcillo, Manuel José Segura Sánchez, S. Cánovas Sanchis, José David Jiménez Parra, Carlos Sánchez Rodríguez, A. Bitsunov Bitsunova, Ramón La Iglesia Cabrerizo.
 - Presentación de las siguientes comunicaciones en las **XX Jornadas de la Asociación Murciana de Urología**, celebradas en Lorca los días 20 y 21 de febrero de 2015
 1. *"Divertículos parauretrales bilaterales de Hutch en edad adulta"*, José David Jiménez Parra, José Carlos Ruíz Morcillo, Manuel José Segura Sánchez, Raquel Berrio Campos, Andrei Bitsunov Bitsunova, Ramón José La Iglesia Cabrerizo.

2. *"Neumoescrito secundario a enfisema subcutáneo masivo"*, José David Jiménez Parra, Manuel José Segura Sánchez, José Carlos Ruíz Morcillo, Raquel Berrio Campos, Andrei Bitsunov Bitsunova, Ramón José La Iglesia Cabrerizo.
 3. *"Sarcoma sinovial bifásico renal"*, José David Jiménez Parra, Raquel Berrio Campos, José Carlos Ruíz Morcillo, Manuel José Segura Sánchez, Andrei Bitsunov Bitsunova, Ramón José La Iglesia Cabrerizo.
 4. *"Tumor de células de Sertoli esclerosante. A propósito de un caso"*, Raquel Berrio Campos, José David Jiménez Parra, José Carlos Ruíz Morcillo, Manuel José Segura Sánchez, Andrei Bitsunov Bitsunova, Ramón José La Iglesia Cabrerizo.
 5. *"Ectopia renal cruzada y fusionada. A propósito de un caso"*, Raquel Berrio Campos, José David Jiménez Parra, José Carlos Ruíz Morcillo, Manuel José Segura Sánchez, Andrei Bitsunov Bitsunova, Ramón José La Iglesia Cabrerizo.
 6. *"Carcinoma neuroendocrino de células pequeñas prostático. A propósito de un caso"*, José Carlos Ruíz Morcillo, José David Jiménez Parra, Manuel José Segura Sánchez, Raquel Berrio Campos, Andrei Bitsunov Bitsunova, Ramón José La Iglesia Cabrerizo.
- Presentación de la siguiente comunicación en las XVIII Jornadas de la Asociación Murciana de Urología, celebrado en el Hospital de la Vega Lorenzo Guirao de Cieza (Murcia) durante los días 9 y 10 de noviembre de 2012:
 - *"Tuberculosis pulmonar con afectación renal. A propósito de un caso"* (Ruíz Morcillo, José Carlos; Jiménez Parra, José David; Segura Sánchez, Manuel José; Buitrago Jara, Sergio; Bitsunov Bitsunova, Andrei; La Iglesia Cabrerizo, Ramón).
 - Presentación de las siguientes comunicaciones en el **XXIII Congreso de la Asociación Andaluza de Urología**, celebrado en Islantilla (Huelva) durante los días 6, 7 y 8 de octubre de 2010:
 - *"Manejo conservador de la litiasis renal compleja: A propósito de un caso"* (Manuel José Segura Sánchez, Fernando Vázquez Alonso, Enrique Cardozo Rodríguez, Hernani Gil Julio, Raquel Berrio Campos, José Molina Hernández, Manrique Pascual Geler, Antonio Fernández Sánchez).
 - *"Tuberculosis epididimaria complicada: A propósito de un caso"* (José Miguel Molina Hernández, Fernando Vázquez Alonso, Manuel José Segura Sánchez, Hernani Gil Julio, Enrique Cardozo Rodríguez, Raquel Berrio Campos, Sofía Zilberman, Francisco Javier Vicente Prados).
 - *"Quiste epidermoide peneano: A propósito de un caso"* (Raquel Berrio Campos, Fernando Vázquez Alonso, Manuel José Segura Sánchez, Hernani Gil Julio, Enrique Cardozo Rodríguez, José Miguel Molina Hernández, Javier Vicente Prados, José Manuel Cózar Olmo).
 - *"Histiocitoma fibroso maligno renal primario tratado con cirugía conservadora"* (Hernani Gil Julio, Fernando Vázquez Alonso, Manuel José Segura Sánchez, Enrique Cardozo Rodríguez, Raquel Berrio Campos, José Molina Hernández, César García López, Antonio Fernández Sánchez).

- *"Cirugía radical en un caso de melanoma primario de uretra femenina"* (Manuel José Segura Sánchez, Fernando Vázquez Alonso, Hernani Gil Julio, Enrique Cardozo Rodríguez, Raquel Berrio Campos, José Molina Hernández, Sofía Zilberman, Antonio Martínez Morcillo).
- *"Resultados de nuestra serie de corporoplastias mediante técnica de Nesbit modificada en el período 2004-2008"* (Manuel José Segura Sánchez, Enrique Cardozo Rodríguez, Hernani Gil Julio, José Molina Hernández, Raquel Berrio Campos, Francisco José Rodríguez Herrera, José Manuel Cózar Olmo).
- *"Liposarcoma retroperitoneal en paciente trasplantado renal"* (Raquel Berrio Campos, Fernando Vázquez Alonso, Javier Vicente Prados, Manuel José Segura Sánchez, Hernani Gil Julio, Enrique Cardozo Rodríguez, José Miguel Molina Hernández, César García López).
- Presentación de las siguientes comunicaciones en el **VI Congreso de la Sociedad Andaluza de Trasplante de Órganos y Tejidos**, celebrado en Granada durante los días 3, 4 y 5 de febrero de 2010:
 - *"Trasplante renal con injertos procedentes de donante vivo: Análisis evolutivo"* (Carlos Funes Padilla, Manuel José Segura Sánchez, Hernani Gil Julio, Enrique Cardozo Sánchez, Javier Vicente Prados, Fernando Vázquez Alonso).
 - *"Trasplante renal en receptores añoso: Análisis evolutivo"* (Carlos Funes Padilla, Manuel José Segura Sánchez, Hernani Gil Julio, Enrique Cardozo Rodríguez, Eduardo Espejo Maldonado, José Manuel Cózar Olmo).
 - *"Revisión de nuestra serie de 976 trasplantes renales consecutivos"* (Carlos Funes Padilla, Manuel José Segura Sánchez, Hernani Gil Julio, Enrique Cardozo Rodríguez, Antonio Martínez Morcillo, Javier Vicente Prados).
 - *"Revisión de nuestra serie de complicaciones urinarias tras trasplante renal"* (Carlos Funes Padilla, Manuel José Segura Sánchez, Hernani Gil Julio, Enrique Cardozo Rodríguez, Antonio Fernández Sánchez, Manrique Pascual Geler).
- Presentación de las siguientes comunicaciones en el **XXII Congreso de la Asociación Andaluza de Urología**, celebrado en Granada durante los días 14, 15 y 16 de octubre de 2009:
 - *"Resultado a largo plazo de la uretroplastia término-terminal"* (Manuel José Segura Sánchez, Antonio Fernández Sánchez, Manrique Pascual Geler, Fernando Vázquez Alonso, Carlos Funes Padilla, Hernani Gil Julio, Javier Vicente Prados, José Manuel Cózar Olmo, Miguel Tallada Buñuel).
 - *"Uretroplastia de Barbagli, nuestra experiencia"* (Manuel José Segura Sánchez, Antonio Fernández Sánchez, Fernando Vázquez Alonso, Manrique Pascual Geler, Carlos Funes Padilla, Hernani Gil Julio, Javier Vicente Prados, José Manuel Cózar Olmo, Miguel Tallada Buñuel).

IV. ACREDITACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES.

- Inicio del proceso de Certificación de Competencias en febrero de 2012 con finalización de la autoevaluación el 23 de mayo de 2012. El 9 de Julio concluye la Fase de Evaluación, realizada por el equipo de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA), cumpliendo los criterios para la **CERTIFICACIÓN DE CALIDAD NIVEL AVANZADO**, según el Programa de Acreditación de Urología.

7.2. Funciones del Jefe Clínico.

1. Control de la calidad asistencial médica y quirúrgica aspirando al nivel de excelencia y con permanente valoración de resultados. Velando por el cumplimiento de los requisitos de Seguridad del Paciente y Prevención de Riesgos Laborales (en la medida de su cargo), por la correcta cumplimentación de documentos (consentimientos informados, historias clínicas), por la observación de protocolos de práctica clínica validados, entre otros muchos conceptos de calidad asistencial.

2. Cumplimiento de compromisos numéricos pactados con la Gerencia y otros índices de actividad hospitalaria. Como, por ejemplo: altas, estancias medias, tiempo de espera quirúrgico y para primeras consultas procedentes de Atención Primaria...

3. Gestión de recursos materiales y humanos en el mejor escenario posible: cada profesional y, por ende, y con mayor motivo, el Jefe Clínico tiene la obligación de velar por tener el material adecuado para que el trabajo a realizar pueda efectuarse en condiciones normales de diagnóstico y tratamiento. Tiene la obligación de procurar el correcto estado los medios técnicos de que disponga, de controlar su funcionamiento y la de utilizar correctamente dichos medios técnicos y en su caso, igualmente, los medios humanos.

4. Cumplimiento de compromisos docentes, investigadores y de formación continuada. Por un lado, debe vigilar los compromisos docentes en relación al personal médico en formación (médicos internos residentes), estudiantes de medicina, etc.... igualmente debe procurar y facilitar la formación continuada de personal a su cargo y la motivación para la investigación.

5. Organización del servicio e incorporación de nuevas técnicas. Es decir, procurar la correcta distribución de responsabilidades y tareas, favorecer el desarrollo e introducción de nuevas técnicas y procedimientos.

6. Dirección y Liderazgo. La dirección es una función inherente al cargo de Jefe Clínico, sin embargo, no tiene por qué llevar aparejado un liderazgo real. Dicho liderazgo tendría entre sus características las de dar ejemplo, visualizar el futuro, gestionar los valores, aflorar capacidades e impulsar a los demás en la organización o en su ámbito de influencia. En condiciones ideales la figura del Jefe Clínico debería aunar en ella las funciones de dirección y liderazgo, si bien no siempre es así.