





ÍNDICE

- I.- Introducción.
- II.- Análisis de Situación.
 - 2.1. Desarrollo Histórico.
 - 2.2. Ámbito físico y demográfico.
 - 2.3. Recursos.
 - 2.4. Informe de la atención urgente en la Comunidad Autónoma.
 - 2.4.1. Informe global de la Comunidad Autónoma.
 - 2.4.2. Informe Asistencial por Áreas de Salud y Hospitales.
 - 2.5. Análisis DAFO.
 - 2.6. Problemática de las urgencias hospitalarias. Estudio comparativo.
 - 2.7. Conclusiones.
- III.- Líneas estratégicas y Objetivos.
- IV.- Descripción de Indicadores. Cuadro de Mando.
- V.- Acciones y Propuestas de mejora del Plan de Urgencias Sanitarias de Canarias.
 - 1. Modelo de Organización.
 - 2. Mejora de procedimientos organizativos.
 - 3. Plan de Recursos Humanos.
 - 4. Población.
 - Sistemas de Información.
 - 6. Infraestructuras y Equipamiento.
 - 7. Acciones a desarrollar.
- VI.- Implantación y desarrollo de sistemas de calidad y seguridad de pacientes.
- VII.- Docencia, Investigación e Innovación.
 - 7.1. Docencia.
 - 7.1.1. Informe de Situación.





- 7.1.2. Propuestas.
- 7.2. Investigación.
- 7.3. Innovación.
- VIII.- Ficha financiera.
- IX.- Marco Normativo.
- X.- Bibliografía.
- XI.- Anexos.
 - Anexo 1. Plan de Contingencia.
 - Anexo 2. Normativa de creación de Servicios de Urgencias Hospitalarios.
 - Anexo 3.- Plan Funcional de los Servicios de Urgencias.
 - Anexo 4.- Población con T.S.I. por Zona Básica de Salud, Centros de Salud y Consultorios. Diciembre 2015.





I.- INTRODUCIÓN.

La atención sanitaria urgente es una parte vital de cualquier sistema de salud y uno de los elementos que caracterizan y definen los servicios sanitarios de una comunidad, tanto por el volumen de la demanda, como por la trascendencia social de esta actividad. Debido a dicha importancia social y sanitaria, nuestra Comunidad Autónoma quiere desarrollar en esta legislatura el Plan de Urgencias Sanitarias de Canarias en el que se recogen las estrategias e iniciativas relacionadas con las urgencias y emergencias, con el objetivo de responder a las necesidades y expectativas ciudadanas, así como las de los profesionales del sistema.

Los usuarios exigen cada vez más que los servicios se adapten a sus necesidades, dando respuestas organizativas a las mismas, procurando personalizar la atención y estableciendo una clara información a pacientes y familiares.

La actividad asistencial urgente, en cualquier ámbito que se produzca, no difiere en cuanto a sus características sea cual sea el horario considerado. Esta actividad se desarrolla 24 horas al día, 365 días al año y se encuentra recogida en el Real Decreto 1030/2006 (BOE de 16 de septiembre) donde se establece una nueva cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, sustituyendo a la vigente desde 1995. Una de las novedades que encierra la nueva normativa es la de la inclusión de una cartera específica de atención en urgencias en la que claramente se individualizan Servicios específicamente dedicados a la atención urgente. Este mismo decreto recoge que el procedimiento y el modelo organizativo para la atención de urgencia serán establecidos por las administraciones sanitarias competentes, de manera que el acceso a la prestación se realice en el tiempo y lugar adecuados para facilitar una atención adaptada a las necesidades de cada paciente.

La atención de urgencia se entiende como una atención integral y continua que se presta en la Atención Primaria y Especializada, y en los servicios específicamente dedicados a la atención urgente. La coordinación de los diferentes intervinientes en la atención de urgencia se realizará, a través de los teléfonos 1-1-2, 0-6-1 u otros, por los centros coordinadores de urgencias y emergencias sanitarias, que garantizarán, las 24 horas del día, la accesibilidad y la coordinación de los recursos disponibles para este tipo de atención.

El citado Decreto 1030/2006 define la atención urgente como aquella que se presta al





paciente en los casos en que su situación clínica obliga a una atención sanitaria inmediata, la cual se presta tanto en centros sanitarios como fuera de ellos, incluyendo el domicilio del paciente y la atención in situ, durante las 24 horas del día, mediante la atención médica y de enfermería, y con la participación de otros profesionales.

El abordaje de los pacientes en este ámbito es sumamente complejo, por la concurrencia en urgencias de múltiples procesos asistenciales, con un gran componente de ansiedad y la necesidad de toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas rápidas.

En la Comunidad Autónoma Canaria se realizaron en 2014 un total 2.141.270 atenciones urgentes, 1.416.224 urgencias en Atención Primaria, 276.024 incidentes atendidos por el Servicio de Urgencias Canario y 725.046 en Atención Hospitalaria, de las cuales el 11,62% necesitó ingreso hospitalario. El número de urgencias atendidas por 1.000 habitantes ha experimentado un ascenso de en torno a un 5% de manera global con respecto a 2013. La actividad del sistema de urgencias y emergencias se recoge de forma pormenorizada en el análisis de situación y de éste se pueden inferir tendencias de demanda y frecuentación como para que sea posible la planificación de esta actividad "no programada" allí donde se realice.

Las Urgencias son una de las áreas sanitarias que más problemas concentran, así lo constató el estudio conjunto de los Defensores del Pueblo en su informe de enero de 2015, donde recoge que las urgencias hospitalarias son una pieza esencial para el buen funcionamiento de los sistemas de salud y tienen difícil no constituir un punto de referencia básico y crítico en él Sistema Nacional de Salud. Dicho informe aporta cuarenta conclusiones que se han tenido en cuenta a la hora de elaborar de este Plan.

El Servicio Canario de la Salud ofrece a los ciudadanos atención a las urgencias en diferentes niveles asistenciales, mediante Puntos de Atención Continuada (PAC) y Servicios Normales de Urgencias de Atención Primaria (SNU), Servicio Especial de Urgencias (SEU), Servicios de Urgencias de Atención Especializada (SUH), con la participación de un Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias (Servicio de Urgencias Canario-SUC), que gestiona un sistema organizado de transporte sanitario urgente asistido aéreo y terrestre.

La Atención Primaria supone el primer contacto del usuario con el Sistema de Salud, debiendo ser capaz de resolver hasta el 80% de los problemas asistenciales. El nivel asistencial especializado continúa y completa la atención del primer nivel asistencial, proporcionando los medios diagnósticos y terapéuticos necesarios, que la Atención Primaria no puede administrar





por su excesiva complejidad. No obstante en nuestra Comunidad se detecta una inusual demanda de atención directa en los centros hospitalarios, que en los grandes hospitales supone una media del 55% (48%-65,3%).

En la actualidad la Comunidad Canaria cuenta con una importante red de recursos destinados a la atención sanitaria urgente y emergente que se detallan en apartados posteriores del documento. La característica principal de la atención urgente es la heterogeneidad entre todos ellos, tanto a nivel hospitalario como extrahospitalario, con ausencia absoluta de coordinación entre los distintos ámbitos.

En los últimos veinte años se han desarrollado dispositivos de atención urgente en la Comunidad Canaria, su nivel de organización y calidad no tiene nada que envidiar a los del resto de comunidades autónomas, aunque esto no excluye la necesidad de abordar áreas de mejora.

El Plan de Urgencias Sanitarias de Canarias debe gestionar de forma integrada todos los niveles y recursos asistenciales, potenciando la asistencia a Urgencias de los puntos de Atención Continuada y desarrollando la coordinación de todos los Servicios de Urgencias y Emergencias Extra-hospitalarios.

Por ello, es fundamental desarrollar paralelamente la protocolización de todos los procesos de urgencias incluyendo los que con mayor frecuencia se presentan y un Plan integral de Formación Continuada de los profesionales de estos servicios que homogenice su formación, en espera de la implantación de la Especialidad en Medicina de Urgencias.

El diseño del Plan de Urgencias Sanitarias de Canarias debe basarse en analizar qué actividad asistencial estamos realizando, si disponemos de estructuras físicas adecuadas, con qué recursos humanos y materiales contamos y el nivel de calidad de la actividad que realizamos.

En definitiva el plan debe garantizar que la prestación de ayuda médica urgente sea accesible, coordinada, segura, eficiente y de calidad, y que por lo tanto de respuesta a las expectativas de la ciudadanía.

Así, el Plan de Urgencias Sanitarias de Canarias (PLUSCAN) surge para dar respuesta integral, rápida, eficiente y continua al aumento de la demanda de la atención urgente en la Comunidad Canaria, en cumplimiento de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias que en su artículo 32, recoge que la Comunidad contara con un Plan Regional de Urgencias, así como de las aportaciones realizadas en el III Plan de Salud de Canarias (áreas de impacto 4- orientar el Servicio Canario de la Salud hacia la mejora de la





actividad asistencial- y área de impacto 5 potenciar una atención primaria más resolutiva, integral, participativa y de calidad).







II.- ANÁLISIS DE SITUACIÓN.

La actividad de urgencias presenta unas características peculiares. Los usuarios demandan de los servicios de urgencia respuestas rápidas y satisfactorias y la Administración intenta proporcionarla de la manera más organizada y eficiente posible. En este escenario, los profesionales de la medicina de urgencias se encuentran inmersos en un marco de acción complejo, sin posibilidades de control sobre el acceso y con medios proporcionalmente insuficientes a la demanda en determinadas épocas del año.

Se han realizado múltiples propuestas de organización y se ha intentado en dos ocasiones desarrollar un Plan de Urgencias de Canarias, sin que las propuestas se hayan concluido y sin que las medidas tomadas de forma individual por parte de las gerencias de hospital y primaria para aliviar la presión asistencial o para optimizar la funcionalidad estructural u organizativa de los servicios, hayan resultados efectivas. La saturación se ha convertido en una frecuente seña de identidad, la cual lleva aparejada en ocasiones un detrimento de la calidad asistencial en el servicio prestado.

2.1. Desarrollo Histórico.

El Informe de 1988 del Defensor del Pueblo, acerca del estado de la atención urgente a nivel nacional constituyó el punto de inflexión para conocer la magnitud del problema de las urgencias y sirvió como punto de partida para lo que hoy conocemos como Servicio de Urgencias Canario 1-1-2. No obstante en nuestra comunidad se ha intentado elaborar el Plan de Urgencias Canario desde los albores de la autonomía que a pesar de estar recogido en la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias no ha concluido.

Uno de los hitos importantes se produce en 1994, con la constitución de la empresa pública Gestión Sanitaria de Canarias y la puesta en marcha del número único de atención urgente sanitaria 061, posteriormente unificado en el 1-1-2, en 1998, a raíz de la directiva europea (Decreto 62/1997, de 30 de abril, por el que se regula la implantación del Servicio de Atención de Urgencias y Emergencias a través del Teléfono Único Europeo de Urgencias 1-1-2). El SCS ha elaborado a lo largo de los años, dos documentos que intentaban completar esta demanda histórica, sin que se haya concluido el proceso. Así, en el año 2008 se elabora el documento, "Estrategias de mejora de la Atención Urgente", que no vio la luz y se retoma en 2010, con el documento "Estrategias Generales para la reordenación de las urgencias en





Atención Primaria", que tampoco se aplicó en nuestra comunidad.

A principios del año 2015, un estudio conjunto de los defensores del pueblo de las comunidades autónomas refleja las carencias y debilidades de los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH), cerrando de esta manera el círculo de más de 20 años de espera para completar el ansiado plan que nos permita establecer las estrategias de desarrollo de las urgencias en nuestra Comunidad.

2.2.- Ámbito físico y demográfico.

El rasgo geográfico más relevante de la Comunidad Autónoma Canaria es su condición archipielágica, por su carácter de espacio insular, que conlleva un estatus especial en relación con el territorio continental del resto del Estado Español.

Un aspecto muy importante, que condiciona la vida de la población, es la insularidad relativa, es decir, el componente de insularidad no implica las mismas variables para el Área de Salud de Tenerife y Gran Canaria que para el resto de las Áreas.

El grado de insularidad puede verse agravado por circunstancias dependientes de la red de comunicación o la dispersión poblacional, lo cual condicionaría una asignación "aparentemente sobredimensionada" de recursos en función de la población de referencia.

Las isocronas son elementos determinantes para decidir la implantación de servicios, su número, características y ubicación. Dichas isocronas están determinadas no sólo por la distancia real medida en kilómetros sino también por las dificultades o posibilidades de comunicación, lo que al final representa el acceso en tiempo real de los habitantes de una zona a un determinado servicio.

La población del archipiélago canario tiene un gran índice de dispersión: un tercio se encuentra localizada en los dos municipios capitalinos, el resto se encuentra dispersa y básicamente integrada en una estructura rural o mixta.

Es importante reseñar los cambios en la estructura poblacional que está experimentando nuestra Comunidad en los últimos años, que si bien están en la línea de tendencia nacional, implican retos a los que debe adaptarse la planificación de recursos. Si bien el índice de dependencia sólo ha experimentado un crecimiento de aproximadamente 1 punto y medio porcentual en los últimos 10 años (27,58 en el año 2004, pasando a 28,98 en el año 2014), el

¹ Índice de dependencia: (población ≤14 años + población ≥65 años)/población total*100 (Fuente: ISTAC. Demografía. Población. Cífras Padronales)

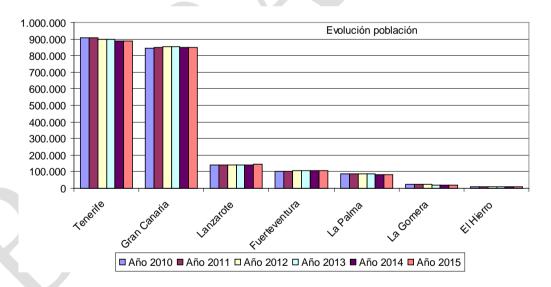




peso del aumento de este indicador recae en el envejecimiento poblacional. Así, el índice de envejecimiento² ha experimentado un ascenso de en torno a los 2,5 puntos porcentuales en los últimos 10 años, pasando de 12,06 en el año 2004 a 14,55 en el año 2014. La tasa bruta de crecimiento vegetativo (expresado en ‰) ha caído desde 3,97 en el año 2000 al 1,06 en el año 2013³.

La población de la Comunidad Autónoma, asignada administrativamente mediante censo, ha experimentado la siguiente evolución en los últimos años⁴:

Área de salud	Año 2010	Año 2011	Año 2012	Año 2013	Año 2014	Año 2015	Variación 2010-2015
Tenerife	906.854	908.555	898.680	897.582	889.936	888.184	-2,06%
Gran Canaria	845.676	850.391	852.225	852.723	851.157	847.830	0,25%
Lanzarote	141.437	142.517	142.132	141.953	141.940	143.209	1,25%
Fuerteventura	103.492	104.072	106.456	109.174	106.930	107.367	3,74%
La Palma	87.324	87.163	85.468	85.115	83.456	82.346	-5,70%
La Gomera	22.776	23.076	22.350	21.153	20.721	20.783	-8,75%
El Hierro	10.960	10.995	11.033	10.979	10.675	10.587	-3,40%
TOTAL	2.118.519	2.126.769	2.118.344	2.118.679	2.104.815	2.100.306	-0,86%



En base a proyecciones de población realizadas por el ISTAC (Instituto Canario de Estadística), se estima un incremento de población de en torno a un 14%, en relación al año 2010, produciéndose el mayor incremento previsto en las islas no capitalinas:

_

² Índice de envejecimiento: población ≥65 años/población total*100 (Fuente: ISTAC. Demografía. Población. Cifras Padronales)

³ Fuente: ISTAC. Demografía [http://www.gobiernodecanarias.org/istac/temas_estadisticos/demografia/]

⁴ Fuente: ISTAC a 31 de diciembre del año referenciado

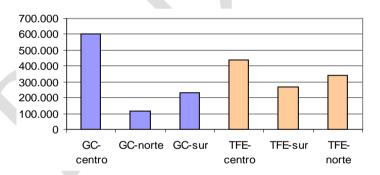




Área de Salud	Año 2010	Año 2019	Variación 2010-2019	
Tenerife	906.854	1.043.895	15,11%	
Gran Canaria	845.676	944.341	11,67%	
Lanzarote	141.437	171.652	21,36%	
Fuerteventura	103.492	124.144	19,96%	
La Palma	87.324	97.075	11,17%	
La Gomera	22.776	28.211	23,86%	
El Hierro	10.960	13.278	21,15%	
TOTAL	2.118.519	2.422.596	14,35%	

En el caso de las islas capitalinas, las proyecciones para ese mismo año parecen indicar una tendencia a una mayor concentración de la población en las áreas metropolitanas, más marcado en la isla de Gran Canaria, con la siguiente distribución por comarcas⁵:

Comarca	Año 2019
GC-centro	601.548
GC-norte	113.510
GC-sur	229.283
TFE-centro	436.581
TFE-sur	268.568
TFE-norte	338.746



La población de la Comunidad Autónoma agrupada por grandes grupos de edad se releja en la siguiente tabla:

os de edad 2014. Canarias
303.772
1.494.773
306.270

Instituto Canario de Estadística (ISTAC)

⁻ GC centro: Arucas, Las Palmas, Santa Brígida y Telde.

⁻ GC norte: Agaete, Gáldar, Moya, Santa María de Guía, Teror, Valsequillo, Valleseco, Vega de San Mateo, Artenara, La Aldea de San Nicolás y Tejeda.

⁻ GC sur: Mogán, San Bartolomé de Tirajana, Agüimes, Ingenio y Santa Lucía de Tirajana.

⁻ TFE centro: El Rosario, La Laguna, Santa Cruz de Tenerife y Tegueste.

TFE norte: La Guancha, Icod de los Vinos, San Juan de la Rambla, La Matanza, Santa Úrsula, El Sauzal, Tacoronte, La Victoria, Buenavista del Norte, Garachico, Los Silos, El Tanque, La Orotava, Puerto de la Cruz y Los Realejos.

⁻ TFE sur: Adeje, Arona, Guía de Isora, Santiago del Teide, Arico, Fasnia, Granadilla de Abona, San Miguel de Abona, Vilaflor, Arafo, Candelaria y Güimar.





Se observa un gradual envejecimiento de la población, de forma que la población mayor de 65 años supera a la población menor de 14 años y, esto tendrá como previsible efecto, el incremento de la morbimortalidad y de la demanda de atenciones socio-sanitarias.

Aunque no se puede identificar envejecimiento con enfermedad (un viejo no es un enfermo), en las personas mayores aumenta la incidencia y prevalencia de muchas enfermedades que se reflejan en el uso de los servicios de urgencias. La literatura científica refleja tanto en el ámbito internacional como nacional que los mayores de 65 años utilizan los servicios médicos, incluidas las camas hospitalarias, cuatro veces más que a cualquier otra edad y además los ancianos en urgencias requieren mayor consumo de tiempo y de exploraciones complementarias.

En el anexo 4 se recoge la población con tarjeta sanitaria Individual (T.S.I.) por Zona Básica de Salud, Centros de Salud y Consultorios a fecha de Diciembre 2015.

2.3.- Recursos.

A lo largo de los años en esta Comunidad Autónoma, se han configurado una red de servicios que, además de garantizar los derechos de la ciudadanía, han ido proveyendo de los recursos necesarios para la atención a las urgencias y las emergencias.

Recursos Asistenciales

En este momento se definen en nuestro medio dos niveles en la atención urgente:

A. Urgencias de Atención Primaria:

- 1. Puntos de Atención Continuada (PAC). Tienen dependencia funcional de las Gerencias de Atención Primaria o Gerencias de Servicios Sanitarios del Área de Salud donde se ubican. Son puntos de asistencia a la urgencia sanitaria que prestan asistencia con personal del propio equipo. Su horario de funcionamiento habitual es de 20:00 a 08:00 horas los días laborables y 24 horas los sábados domingos y festivos.
- Servicios Normales de Urgencias (SNU). Tienen dependencia funcional de las Gerencias de Atención Primaria o Gerencias de Servicios Sanitarios del Área de Salud donde se ubican. Se trata de servicios específicos de atención a las urgencias dotados de perso-





nal propio para este tipo de asistencia (diferente del de los equipos de Atención Primaria). Uno de estos SNU, ubicado en Santa Cruz de Tenerife, atiende exclusivamente a población en edad pediátrica. Su horario de funcionamiento es de lunes a sábado de 17:00 a 09:00 horas del día siguiente, domingos y festivos las 24 horas.

 Modelo mixto: Se trata de servicios en los que coexisten los dos modelos anteriores de tal manera, que parte del equipo proviene de SNU y parte de los equipos de atención primaria.

En la Comunidad Autónoma se encuentran operativos 76 Puntos de Atención Urgente dependientes de Atención Primaria, con la siguiente distribución según Área de Salud:

	Nº S. Urg.	S. Urg./100.000 hab.	Ratio por hab.
Tenerife	24	2,69	1 SU/37.081 hab.
Gran Canaria	30+1*	3,52	1 SU/28.372 hab.
La Palma	6	7,18	1 SU/13.909 hab.
Lanzarote	5	3,52	1 SU/28.388 hab.
Fuerteventura	4	3,74	1 SU/26.733 hab.
La Gomera	5	24,13	1 SU/ 4.144 hab.
El Hierro	2	18,73	1 SU/5.338 hab.
CCAA	76+1*		1 SU/28.443 hab.
Media SNS			1 SU/24.338 hab.

*SEU: no se ha contabilizado en el ratio por población

B. Servicio de Urgencias Canario (SUC). El SUC constituye el servicio de emergencias extrahospitalario. Está gestionado por la empresa pública Gestión de Servicios para la Salud y Seguridad en Canarias (GSC), dependiente del Gobierno de Canarias. Se encuentra integrado en la Sala Operativa del Centro Coordinador de Emergencias y Seguridad (CECOES 1-1-2) desde mayo de 1.998, con total autonomía en la gestión de su actividad.

Los Recursos del SUC son los siguientes:

- 1.- Centro Coordinador: un centro coordinador con 2 salas operativas, una en Santa Cruz de Tenerife y otra en Las Palmas de Gran Canaria. Están operativas las 24 horas los 365 días del año y con el siguiente personal por turno en las salas operativas: profesionales Médicos coordinadores (3 M, 2 T y 1 N); Gestores de recursos (3 M-T y 2 N); Operadores de demanda (en función de la demanda).
 - 2.- Recursos propios bajo coordinación y gestión directa: disponen de dos escalones





de respuesta: básico y avanzado.

- ✓ Ambulancias de soporte vital básico (ASVB): Vehículos de asistencia y transporte sanitario urgente terrestre con capacidad para realizar transporte sanitario y aplicar medidas de soporte vital básico. Están operativos las 24 horas los 365 días al año. Dotación: 1 conductor y 1 de técnico de emergencias médicas.
- ✓ Ambulancias de soporte vital avanzado (ASVA): Vehículos acondicionados para la prestación de asistencia sanitaria en ruta y sostenimiento y control de las funciones vitales (soporte vital avanzado) en pacientes en situación de urgencia vital. Están operativos las 24 horas los 365 días del año. Dotación: medico: enfermera, y conductor técnico en emergencias médicas-.
- ✓ Ambulancia sanitarizada (AS): Vehículos de asistencia y transporte sanitario urgente terrestre con capacidad para realizar transporte sanitario y aplicar medidas de soporte vital intermedio. Están operativos las 24 horas los 365 días del año. Dotación: enfermera y conductor - técnico en emergencias médicas.
- ✓ Helicóptero (HM) y Avión de soporte vital avanzado (AV): Son aeronaves acondicionadas para la prestación de asistencia sanitaria en ruta y sostenimiento y control de las funciones vitales (soporte vital avanzado) en pacientes en situación de urgencia vital. Están operativas las 24 horas los 365 días del año. Dotación: médico, enfermera, piloto y copiloto.
- ✓ Vehículo de intervención rápida (VIR): Vehículo destinado a la gestión y coordinación in situ de cualquier tipo de emergencia, así como de la intervención en servicios preventivos y situaciones de catástrofes. Dotación: Gestor de recursos (en calidad de conductor) y/o médico.

Las ubicaciones de los recursos móviles y su distribución por islas se recogen en la siguiente tabla.





		Recursos Moviles 2015																	
								Dis	tribución	por isla	S						Distribuci	ón Horaria	
	Provincia Las Palmas	Provincia S/C Tenerife	Lanz	arote	Fuerte	ventura	Gran (Canaria	Tene	erife	La Go	omera	La P	alma	El H	lierro	12 H	24 H	Canarias
			12 H	24 H	12 H	24 H	12 H	24 H	12 H	24 H	12 H	24 H	12 H	24 H	12 H	24 H			
ASVB	43	49	2	4	1	5	8	23	7 (+1 ^a)	24	1	5		8	1	2	13	71	92
ASVA	6	5		1		1		4		4				1				11	11
ASAN	5	5						5		4				1				10	10
VIR		1***							1***										1
VAM																			
HL	1	1						1*		1*							1	1	2
AS	1						1**											1	1
UMCAT	1	1						1		1								2	2
REMOLQUES	2	2						2		2					X			4	4
* 24/12 Horas meses alternos																			
** De presencia física de l		a 21 horas. Resto	Localiz	ado.															
*** Solo por las mañan	as																		
^a Presencia física duran	te 8 horas																		

C. Urgencias Hospitalarias (SUH):

Tienen dependencia de las gerencias de los hospitales donde están ubicados. Se dispone de servicio de urgencias en todos los hospitales de la Comunidad Autónoma, dimensionados según la categoría del mismo. En función de su ubicación se diferencian en:

- 1. Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH): en dependencias hospitalarias.
- 2. Centros Especializados de Atención a las Urgencias (CEAU): en el medio extrahospitalario.

Si tenemos en cuenta los Servicios de Urgencias Hospitalarios:

	Nº S. Urg.	S. Urg. /100.000 hab.	Ratio por hab.
Hospitales de tercer nivel*	4	0,19	1 SUH/526.204 hab.
Hospitales Generales	3	0,90	1 SUH/110.775 hab.
Hospitales Comarcales	2	6,37	1 SUH/15.698 hab.
C.A.	9	0,42	1 SUH/233.868 hab.

^{*}No se han incluido los CEAU de Arona e Icod

Agrupando todos los centros con atención a la demanda urgente en Atención Especializada, incluida en su cartera de servicios y con dependencia propia o concertada con el Servicio Canario de la Salud (Hospiten Norte, Hospiten Sur, Clínica San Roque Maspalomas y CEAUs), los ratios poblacionales serían los siguientes:

Los Hospitales Universitario Insular y Materno-Infantil, se han considerado como complejo.

La población utilizada para los ratios de los hospitales de tercer nivel ha sido la de toda la CCAA ya que son centros de referencia (Datos ISTAC).





	Nº SUH	SUH/100.000 hab.	Ratio por hab.
C.A.	9+3+2	0,66	1 SUH/150.343 hab.

Todos estos dispositivos comparten un enfoque clave y común en la prestación de sus servicios: configurar un proceso asistencial integral y único, en el que la continuidad de la atención es el elemento determinante que inspira la organización de la atención.

Recursos Humanos

En cuanto a los recursos humanos, en diciembre de 2014, se publicó la adjudicación de plazas del concurso-oposición de Médicos de Urgencia Hospitalaria; esto ha permitido la estabilidad de las plantillas en estos servicios donde la rotación de personal es muy elevada. Así mismo, en el BOC de 15 de diciembre de 2014, se publicó la convocatoria de la fase de oposición centralizada de plazas de enfermería, todavía en fase de desarrollo.

La plantilla de médicos de los SUH ha experimentado un ligero ascenso desde el año 2010, en torno al 7%. El estudio de O. Miró (Emergencias 2014), recoge que la media de médicos por turno en hospitales de tercer nivel con una media superior a las 200 consultas/día es de 11, en un corte realizado a las 10 horas (rango 7-18), de 14 en un corte realizado a las 16 horas (rango 7-19), de 11 a las 20 horas (rango 6-20) y de 10 a las 04 horas (rango 6-16); en nuestra Comunidad la media de profesionales médicos por turno en hospitales de similares características a las del estudio de Miró (a excepción del HUMI de Gran Canaria, por su carácter monográfico), es de 9 en horario de mañana (rango 8-10), 6 en horario de tarde (5-7) y 3 en horario de noche (3-4).

La organización de los SUH presenta una variabilidad importante dentro de nuestra Comunidad, en el informe pormenorizado de actividad de cada centro se recogen los aspectos más importantes en cuanto a turnos y formas de organización, pero deberíamos avanzar en la homogeneización de la actividad y de los criterios organizativos, teniendo en cuenta las peculiaridades de cada centro.

No obstante, sería conveniente realizar una evaluación de la adecuación de las plantillas a la actividad asistencial de los servicios teniendo en cuenta que:

 El tiempo/médico destinado a atender a un paciente crítico o en el área de observación no es el mismo que en la zona de triage o de consultas rápidas.





- La rigidez a la hora de distribuir los recursos: en algunos servicios, la organización del mismo puede llevar a concentración de profesionales en horario de mañana y ratios insuficientes en horario de tarde/noche.
- Los modelos "servicio" tienen una retribución preferentemente mediante guardias; implantar turnos supone contemplar en las retribuciones complementos de turnicidad, nocturnidad, festivos, etc., lo que puede suponer un incremento importante en el capítulo
 I. Otro modelo a valorar sería la definición de jornadas de mañana y tarde, con complementos de guardias para horario nocturno.
- El flujograma de llegada de los pacientes a los servicios de urgencias demuestra fluctuaciones a lo largo del día, habitualmente con una curva bimodal con un pico entre las 10 y las 16 horas y una demanda sostenida entre las 17 y las 20 horas. Sin embargo la dotación de médicos y enfermeras se mantiene constante o incluso disminuye en horario de tarde. Si bien esta dotación puede tener relación con el importante volumen de pacientes que permanecen en observación más tiempo del conveniente y, por tanto, generan una carga de trabajo constante, la rigidez en los turnos puede limitar la respuesta a los picos de demanda y generar retrasos en la asistencia y en la organización del servicio.

Del análisis de los recursos en los servicios de urgencias extra- hospitalarios se objetiva que presentan una gran variabilidad en nuestra Comunidad con una pluralidad organizativa que se recoge en el apartado informe de la Atención Urgente de la Comunidad Autónoma.

En relación con los recursos humanos que prestan sus servicios asistenciales en el área de urgencias es importante destacar el papel que cumplen los MIR en la gestión de la demanda.

Todos los MIR, sea cual sea la especialidad que realicen tienen, dentro de su desarrollo curricular la realización de atención continuada en el Servicio de Urgencias. Sin embargo, solo en el primer año y esporádicamente en el segundo, atienden la atención urgente general propiamente dicha; el resto de años de la residencia atienden la patología urgente relacionada con su especialidad por lo que no puede considerarse como un recurso del Servicio de Urgencias.

Si bien cada hospital tiene un modelo organizativo diferente en función, entre otros, de su cartera de servicios, puede considerarse que los residentes asignados al servicio de urgencias cada día son, por regla general, los que se recogen en la tabla siguiente:





	N	OBSERVACIONES	Variación
HUNSC	5	3-4 MIR de Medicina de Familia; 1-2 MIR de especialidades. Casi todos son R1. Esporádicamente puede haber 1 MIR de Medicina de Familia en el área de pediatría (2 ó 3 veces al mes).	4-6
HUC	2	1 MIR de Medicina de Familia (R1) excepto los martes; 1 MIR de especialidades para el área general (R1)	1-2
HUI	4	Los MIR de especialidades que realizan guardias en el SUH son todos R1 Los MIR de la especialidad de M.F.yC. pueden ser de cualquier año (R1-R4)	4
HU M-I	4	3 MIR de Pediatría (2 R1 + 1 R3 ó R4) y 1 MIR de M.F.yC. (R1 o R2)	
HUDrN	6	Casi todos suelen ser R1 Esporádicamente puede haber 1 MIR más en el área de trauma y entre 1 y 2 en el área de críticos.	6-8

En todos los casos la guardia de los MIR empieza a las 15 horas.

El centro hospitalario con menor presencia de MIR en el Servicio de urgencias es el HUC, seguido del HUNSC.





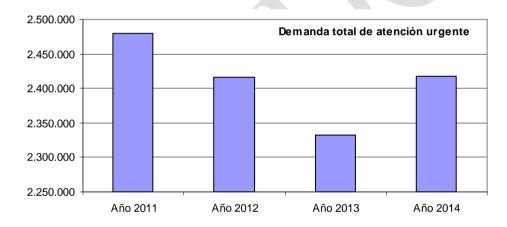
2.4. Informe de Atención Urgente de la Comunidad Canaria.

2.4.1. Informe global de la Comunidad Autónoma.

Con carácter general, el número de demandas de atención urgente en cualquier nivel asistencial en la Comunidad Autónoma ha experimentado un incremento de en torno a un 3,62%, con respecto al año 2013. La evolución en los últimos años ha sido la siguiente:

	AP	AE	SUC	Total
Año 2011	1.461.085	737.094	281.374	2.479.553
Año 2012	1.427.159	714.880	274.509	2.416.548
Año 2013	1.374.999	693.113	264.629	2.332.741
Año 2014	1.367.838	725.046	276.024	2.417.294

AP: Atención Primaria; AE: Atención Especializada; SUC: Servicio de Urgencias Canario



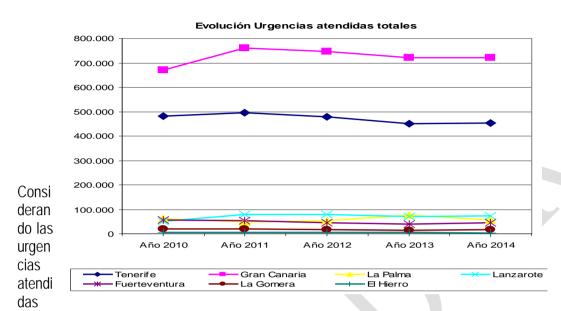
1. CENTROS SANITARIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

La demanda de atención urgente en Atención Primaria ha experimentado la siguiente evolución en los últimos años:

Urgencias Atendidas	Año 2010	Año 2011	Año 2012	Año 2013	Año 2014	Variación 2013-2014
Tenerife	481.699	495.661	479.499	449.798	452.117	0,52%
Gran Canaria	671.170	761.287	747.350	721.821	720.108	-0,24%
La Palma	63.071	47.526	54.106	76.028	57.363	-24,55%
Lanzarote	51.111	78.803	78.354	69.815	72.486	3,83%
Fuerteventura	55.912	52.355	46.224	38.116	45.261	18,75%
La Gomera	18.543	19.542	16.274	14.772	16.617	12,49%
El Hierro	5.466	5.911	5.352	4.649	3.886	-16,41%
TOTAL	1.346.972	1.461.085	1.427.159	1.374.999	1.367.838	-0,52%

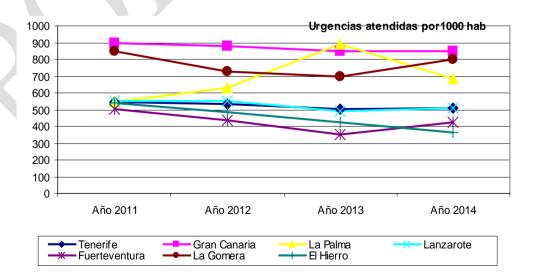






en función de la población de cobertura:

Urg./1000 hab.	Año 2011	Año 2012	Año 2013	Año 2014	Variación 2014-2015
Tenerife	546	534	501	508	1,40%
Gran Canaria	895	877	846	846	0,00%
La Palma	545	633	893	687	-23,07%
Lanzarote	553	551	492	511	3,86%
Fuerteventura	503	434	349	423	21,20%
La Gomera	847	728	698	802	14,90%
El Hierro	538	485	423	364	-13,95%







2. SERVICIO DE URGENCIAS CANARIO (SUC)

El Servicio de Urgencias Canario (SUC) es el primer eslabón de la cadena de socorro del Sistema Integral de Urgencias, depende de la empresa pública Gestión de Servicios para la Salud y la Seguridad en Canarias (GSC), adscrita a la Consejería de Sanidad del Gobierno de y a la Consejería de Política Territorial, Medio Ambiente y Emergencias.

Dispone de dos Centros de Coordinación sanitaria situados en Santa Cruz de Tenerife y Las Palmas de Gran Canaria, encargadas de gestionar la atención urgente en su provincia, aunque en casos de sobrecarga o no funcionamiento de una de ellas es capaz de mantener la coordinación de toda la Comunidad desde cualquiera de las dos salas. Se encuentran integrados en el Centro Coordinador de Emergencias y Seguridad del Gobierno de Canarias (CECOES), al que se accede a través del teléfono único de emergencias 1-1-2.

Despliega una red de recursos bajo coordinación propia, distribuidos por toda la Comunidad Autónoma, con dos escalones de respuesta: básico y avanzado con personal sanitario.

Los recursos de atención y transporte sanitario urgente se distribuyen de la siguiente manera.

	TFE	LP	LG	EH	GC	LZ	FV	TOTAL
SVB 24 horas	20	6	5	2	23	5	5	66
SVB 12 horas	6	0	1	1	8	1	1	20
SVB 8 horas	2	0	0	0	0	0	0	2
ASAN	4	1	0	0	5	1	1	12
SVA	4	1	0	0	4	0	1	10
HEM	1	0	0	0	1	0	0	2
AvSVA	0	0	0	0	1	0	0	1

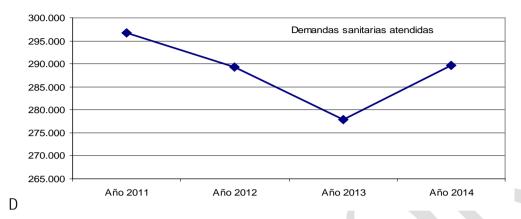
SVB = recurso de soporte vital básico; ASAN = recurso sanitarizado; SVA = recurso de soporte vital avanzado; HEM = helicóptero de soporte vital avanzado; AVSVA = avión de soporte vital avanzado.

En relación a la actividad asistencial realizada en los últimos años, la evolución ha sido la siguiente:

C.A.	Año 2011	Año 2012	Año 2013	Año 2014	Variación 2014-2013
Demandas sanitarias atendidas	296.802	289.229	277.855	289.612	4,23%
Media/día	813	792	761	793	4,23%
Información sanitaria	15.428	14.720	13.226	13.588	2,74%
Incidentes sanitarios	281.374	274.509	264.629	276.024	4,31%
Personas atendidas	271.949	265.856	257.251	267.845	4,12%





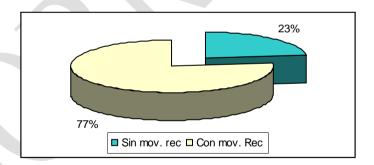


el total de demandas recibidas, el 23% se resolvieron desde la sala de coordinación sin que fuera necesaria la movilización de ningún recurso sanitario; el 77% restante necesitó la movilización de un recurso de soporte vital básico y/o avanzado para su resolución:

Año 2014	Provincia Sta. Cruz Tenerife	Provincia Las Palmas	TOTAL C.A.
Sin movilización de recurso*	34.541	33.123	67.664
Con movilización de recursos**	90.088	131.860	221.948
TOTAL	124.629	164.983	289.612

^{*}Infosalud + consulta médica

^{**} Emergencias + urgencias sanitarias + transporte sanitario urgente + transporte interhospitalario + visita domiciliaria.

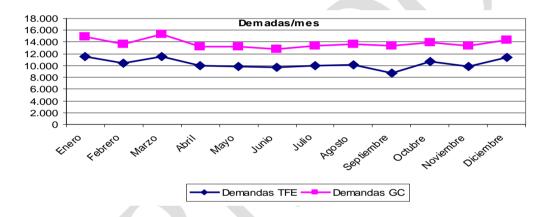


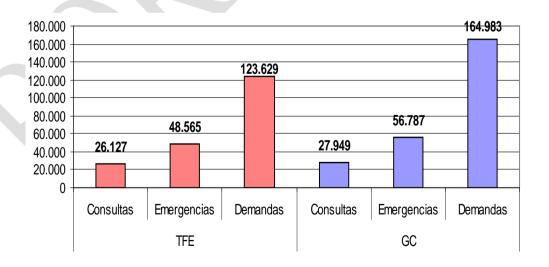
La demanda sanitaria global del SUC, parece tener un comportamiento similar a lo largo del año, con un ligero incremento en los meses de octubre a marzo, comportamiento similar al que se produce en las asistencias a los servicios de urgencias hospitalarios:





Año 2014	Provinc	ia de Sta. Cruz de	Tenerife	Provincia de Las Palmas			
A110 2014	Consultas	Emergencias	Demandas	Consultas	Emergencias	Demandas	
Enero	2.326	4.360	11.491	2.517	5.174	14.921	
Febrero	2.192	3.890	10.462	2.266	4.621	13.632	
Marzo	2.108	4.655	11.539	2.652	5.302	15.282	
Abril	2.134	3.792	9.991	2.273	4.404	13.185	
Mayo	2.207	3.674	9.797	2.295	4.455	13.249	
Junio	2.116	3.826	9.694	2.172	4.389	12.851	
Julio	2.208	3.808	9.929	2.306	4.463	13.302	
Agosto	2.325	3.858	10.119	2.368	4.662	13.581	
Septiembre	2.006	3.881	8.759	2.172	4.526	13.374	
Octubre	2.206	4.180	10.642	2.382	4.847	13.873	
Noviembre	1.976	4.042	9.828	2.257	4.664	13.338	
Diciembre	2.323	4.599	11.378	2.289	5.280	14.395	
TOTAL	26.127	48.565	123.629	27.949	56.787	164.983	







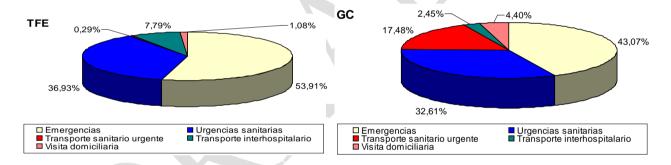


En relación con los incidentes que requieren movilización de algún tipo de recurso, se objetivan diferencias importantes entre ambas provincias, en el caso del transporte sanitario urgente y de los traslados interhospitalarios. El caso de las visitas domiciliarias merece atención diferenciada por cuanto el Área de Salud de Gran Canaria dispone del Servicio Especial de Urgencias (SEU), en la ciudad de Las Palmas de Gran Canaria, recurso que no está operativo en el Área de Salud de Tenerife:

Demanda con movilización de recurso	SCT	LPA
Emergencias	48.565	56.787
Urgencias sanitarias	33.274	42.996
Transporte sanitario urgente*	258	23.045
Transporte interhospitalario	7.022	3.229
Visita domiciliaria**	969	5.803

^{*}El realizado desde domicilios por indicación médica o derivaciones desde centros de atención primaria hacia el hospital de referencia. Existen diferencias entre las dos salas en la captura de los datos.

^{**} Las realizadas por el SEU en Las Palmas de Gran Canaria.

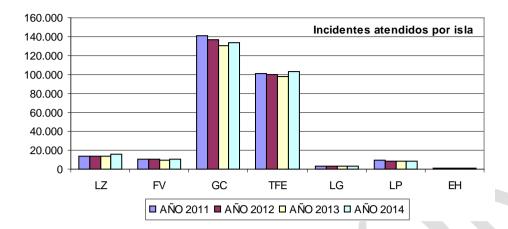


Si consideramos la distribución de los incidentes atendidos por el SUC por islas, la evolución en los últimos años ha sido la siguiente:

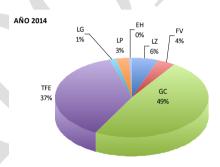
	AÑO 2011	AÑO 2012	AÑO 2013	AÑO 2014	Variación 2011-2014
LZ	13.917	13.908	13.874	15.335	10,53%
FV	10.374	10.468	9.972	10.855	8,85%
GC	141.567	136.525	130.225	133.619	2,61%
TFE	101.188	99.924	97.725	103.391	5,80%
LG	3.501	3.506	3.435	3.417	-0,52%
LP	9.472	8.910	8.160	8.103	-0,70%
EH	1.355	1.268	1.238	1.304	5,33%
TOTAL	281.374	274.509	264.629	276.024	4,31%







De la actividad realizada en el año 2014, el 48% tuvo lugar en Gran Canaria y un 37% en Tenerife. El área de salud con un mayor incremento de actividad en los últimos años ha sido Lanzarote, donde se experimentó un crecimiento de en torno al 10,5%. Esta isla ha sido la que ha experimentado el menor descenso poblacional para el mismo periodo de tiempo evaluado.

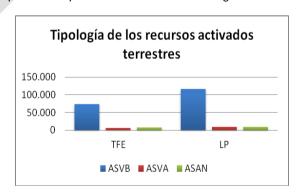


Del total de incidentes con movilización de recursos, el 80% fueron realizados por ambulancias de soporte vital básico. La actividad realizada por cada tipo de recurso ha sido la siguiente:

	TFE	LP
ASVB	73.141	116.804
ASVA	6.700	9.393
ASAN	7.733	9.356
HE M	357	462
AV-SVA	139	567

ASVB: Ambulancia de soporte vital básico. ASVA: ambulancia de soporte vital avanzado. ASAN: ambulancia sanitarizada.

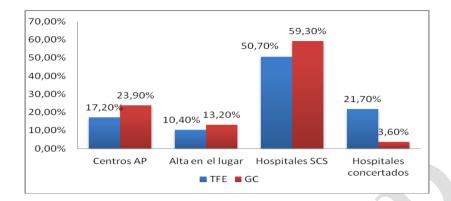
HEM: helicóptero de soporte vital avanzado. AV-ASVA: avión de soporte vital avanzado.



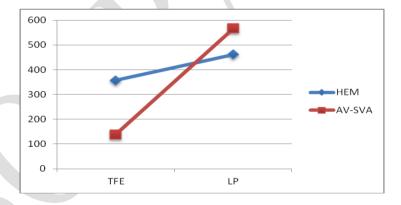
En relación con los usuarios trasladados por los recursos asistenciales, el mayor porcentaje tienen como destino un centro hospitalario:







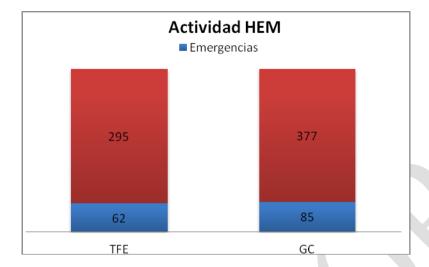
En relación con los recursos aéreos, existe una diferencia en la utilización del helicóptero y del avión de soporte vital avanzado entre ambas provincias: el avión es el recurso más activado en la provincia de Las Palmas – unas 4 veces más – en relación a la provincia de Santa Cruz de Tenerife, siendo más similar la utilización del helicóptero. Este hecho podría estar relacionado, por un lado, con las distancias de los aeropuertos de cada una de las islas con respecto al centro hospitalario y por otro, a los mayores tiempos de asistencia ya que su base se encuentra en el aeropuerto de Gando. El helicóptero sin embargo, es un recurso doble y puede tomar tierra en helisuperficies próximas a los hospitales.



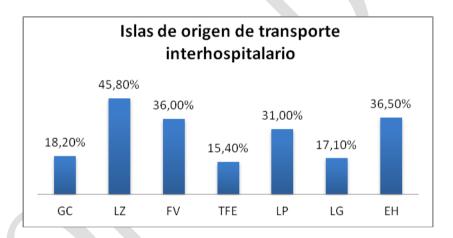
Del total de incidentes en los que intervino el HEM, aproximadamente un 18% de los casos fueron activaciones para la atención de emergencias sanitarias y un 82% transportes interhospitalarios:







El mayor número de traslados interhospitalarios (excluyendo hemoderivados) en el año 2014, han sido solicitados desde el Área de Salud de Lanzarote:







3. CENTROS SANITARIOS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA

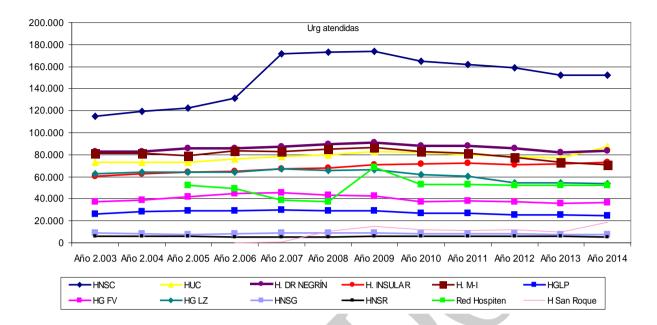
En los últimos 5 años, la demanda de atención urgente en los Hospitales de la red pública del Sistema Canario de Salud ha experimentado la siguiente evolución:



	Año 2010	Año 2011	Año 2012	Año 2013	Año 2014	Var 13-14
HNSC	164.824	162.121	158.608	151.916	152.645	0,48%
CEAU Arona	47.723	49.088	48.128	46.628	48.526	4,07%
HUC	81.806	79.920	78.054	76.870	87.053	13,25%
CEAU ICOD					10.772	
H. DR NEGRÍN	87.987	87.907	85.692	82.440	83.257	0,99%
H. INSULAR	71.284	72.665	71.242	71.728	72.899	1,63%
H. M-I	82.764	81.358	77.585	72.879	71.096	-2,44%
HGLP	26.618	26.968	25.640	25.710	24.663	-4,07%
HG FV	37.259	38.157	37.033	35.480	36.685	3,40%
HG LZ	61.753	60.223	54.665	54.213	53.836	-0,70%
HNSG	8.423	8.290	7.925	7.495	7.754	3,46%
HNSR	6.129	6.272	6.234	5.878	5.526	-5,99%
Red Hospiten	53.345	53.081	52.297	52.504	51.921	-1,11%
H San Roque	11.866	11.044	11.777	9.372	18.406	96,39%
TOTAL	741.781	737.094	714.880	693.113	724.903	4,59%







Considerando las urgencias atendidas en relación a la población de cobertura, la evolución ha sido la siguiente:

Urg. atendidas/ 10 ³ hab.	Año 2010	Año 2011	Año 2012	Año 2013	Año 2014	Var 13-14
HNSC	325	327	290	298	304	1,90%
CEAU Arona*	222	230	219	207	222	7,20%
HUC	206	194	166	198	225	13,37%
CEAU ICOD**					68	
H. DR NEGRÍN	260	259	258	247	246	-0,42%
H. INSULAR	206	208	210	209	208	-0,57%
H. M-I	244	242	238	226	230	1,61%
HG LP	305	309	166	302	296	-2,17%
HG FV	360	367	348	325	343	5,59%
HG LZ	437	423	385	382	379	-0,69%
HNSG	370	359	355	354	374	5,61%
HNSR	559	570	565	535	518	-3,31%
H. Sur	138	136	131	125	132	5,27%
H. Norte	143	181	143	157	146	-7,23%
H San Roque	84	77	80	64	126	97,81%
TOTAL	350	347	337	327	344	5,20%

El cálculo se ha hecho utilizando datos del ISTAC, a excepción del HUDrN y CHUIMI por la peculiaridad de su población de cobertura. En estos dos hospitales se ha utilizado TSI de manera que: HUDrN = total TSI área norte GC - <14 años área norte; HI = total TSI área sur - < 14 años área sur; HMI = niños GC + total mujeres de 14 a 49 años GC.

Según datos del portal estadístico del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del año 2013⁶, la media de urgencias atendidas en hospitales públicos canarios por

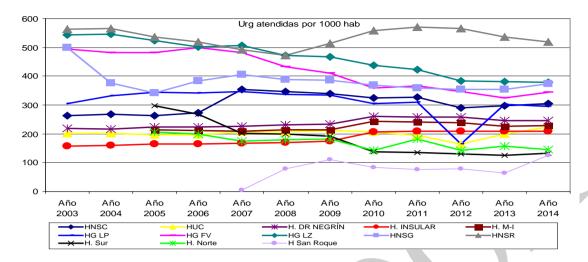
_

⁶ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: http://pestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es/publicosns





cada 1.000 habitantes ascendió a 466,9.



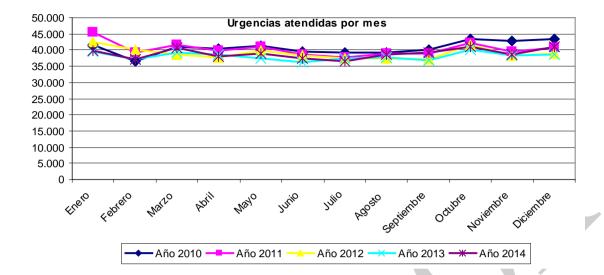
Históricamente, parece existir un incremento estacional de la demanda de atención urgente que, en términos absolutos y, de media, abarca de octubre a marzo para todos los centros hospitalarios con excepción del H.U. Materno-Infantil de Canarias, que mantiene cifras bastante homogéneas a lo largo del año.

Si valoramos la tendencia en los hospitales de tercer nivel de la Comunidad, el resultado es el siguiente:

H. Tercer nivel	Año 2010	Año 2011	Año 2012	Año 2013	Año 2014
Enero	41.604	45.566	42.497	39.457	39.705
Febrero	36.414	39.209	39.981	37.141	37.172
Marzo	41.142	41.575	38.648	39.184	40.797
Abril	40.401	39.875	37.772	38.770	38.101
Mayo	41.327	40.964	39.910	37.503	38.942
Junio	39.546	38.750	38.216	36.122	37.382
Julio	39.113	37.745	37.481	37.308	36.454
Agosto	39.327	38.801	37.415	37.596	38.589
Septiembre	39.971	38.812	37.123	36.736	39.133
Octubre	43.416	42.181	41.589	40.024	40.949
Noviembre	42.764	39.625	38.319	38.340	38.615
Diciembre	43.550	40.868	38.870	38.652	41.121
TOTAL	488.575	483.971	467.821	456.833	466.950







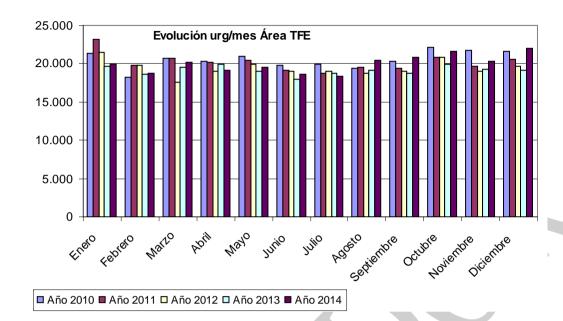
Si tenemos en cuenta la actividad mensual de las Áreas de Salud de Tenerife y Gran Canaria, es donde se concentran los mayores problemas de sobreocupación y, considerando exclusivamente la atención prestada en centros dependientes del SCS, descartando la actividad en Centros Concertados, el número de urgencias atendidas experimenta la siguiente evolución mensual:

Área de Salud de Tenerife

Área TFE.	Año 2010	Año 2011	Año 2012	Año 2013	Año 2014
Enero	21.376	23.119	21.496	19.705	19.973
Febrero	18.275	19.730	19.785	18.576	18.732
Marzo	20.735	20.754	17.554	19.492	20.196
Abril	20.324	20.218	19.073	19.896	19.091
Mayo	20.990	20.453	19.958	18.979	19.509
Junio	19.845	19.092	19.058	17.966	18.599
Julio	19.871	18.732	19.009	18.782	18.320
Agosto	19.463	19.566	18.798	19.181	20.475
Septiembre	20.289	19.422	19.013	18.718	20.879
Octubre	22.071	20.779	20.800	19.977	21.595
Noviembre	21.737	19.657	19.041	19.320	20.269
Diciembre	21.564	20.519	19.717	19.194	22.060
TOTAL	246.540	242.041	233.302	229.786	239.698





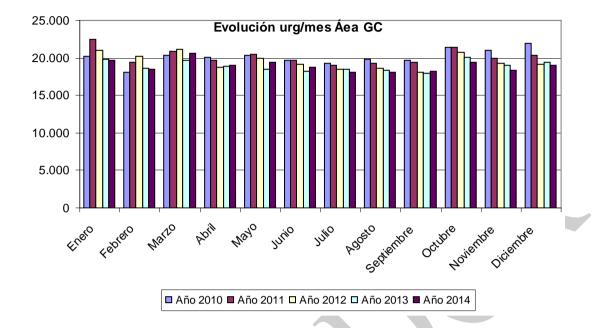


Área de Salud de Gran Canaria:

Área G.C.	Año 2010	Año 2011	Año 2012	Año 2013	Año 2014
Enero	20.228	22.447	21.001	19.752	19.732
Febrero	18.139	19.479	20.196	18.565	18.430
Marzo	20.407	20.821	21.094	19.692	20.601
Abril	20.077	19.657	18.699	18.874	19.010
Mayo	20.337	20.511	19.952	18.524	19.433
Junio	19.701	19.658	19.158	18.156	18.783
Julio	19.242	19.013	18.472	18.526	18.134
Agosto	19.864	19.235	18.617	18.415	18.114
Septiembre	19.682	19.390	18.110	18.018	18.254
Octubre	21.345	21.402	20.789	20.047	19.354
Noviembre	21.027	19.968	19.278	19.020	18.346
Diciembre	21.986	20.349	19.153	19.458	19.061
TOTAL	242.035	241.930	234.519	227.047	227.252

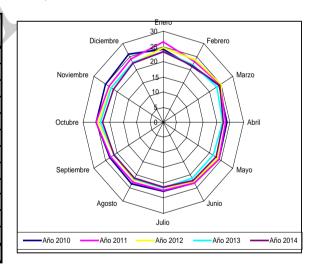






Sin embargo, si se hace una evaluación de las urgencias atendidas, con carácter mensual, en base a criterios poblacionales (por mil habitantes), las cifras se mantienen con escasas variaciones:

	Año	Año	Año	Año	Año
Área GC					
700.00	2010	2011	2012	2013	2014
Enero	24	26	25	23	23
Febrero	21	23	24	22	22
Marzo	24	24	25	23	24
Abril	24	23	22	22	22
Mayo	24	24	23	22	23
Junio	23	23	22	21	22
Julio	23	22	22	22	21
Agosto	23	23	22	22	21
Septiembre	23	23	21	21	21
Octubre	25	25	24	24	21 23
Noviembre	25	23	23	22	22
Diciembre	26	24	22	23	22
TOTAL	286	284	275	266	267

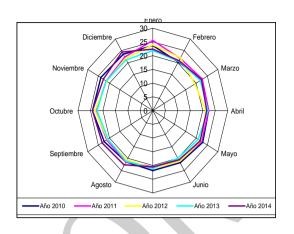


^{*}Sin contabilizar urgencias atendidas en Clínica San Roque Maspalomas

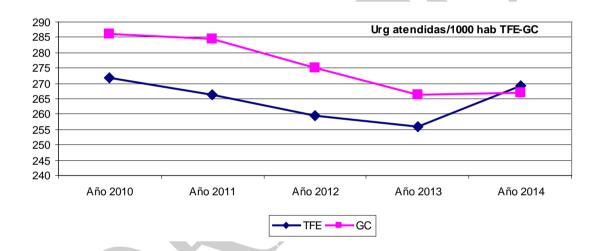




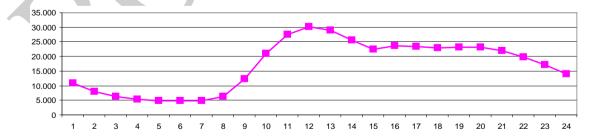
Área TFE	Año 2010	Año 2011	Año 2012	Año 2013	Año 2014	
Enero	24	25	24	22	22	
Febrero	20	22	22	21	21	
Marzo	23	23	20	22	23	
Abril	22	22	21	22	21	
Mayo	23	23	22	21	22	
Junio	22	21	21	20	21	
Julio	22	21	21	21	21	
Agosto	21	22	21	21	23	
Septiembre	22	21	21	21	23	
Octubre	24	23	23	22	24	
Noviembre	24	22	21	22	23	
Diciembre	24	23	22	21	25	
TOTAL	272	266	260	256	269	



^{*}Sin contabilizar las urgencias atendidas en la Red Hospiten



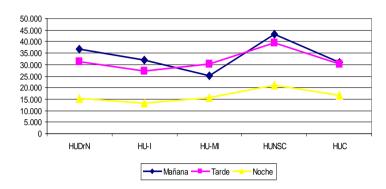
Con carácter general, la mayor demanda de atención urgente se produce entre las 11 y las 16 horas, con un nuevo pico a última hora de la tarde y primera de la noche:

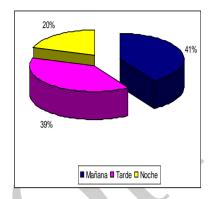






El comportamiento por franja horaria de la demanda, en cada uno de los hospitales de tercer nivel ha sido el siguiente:





Según datos del Barómetro Sanitario 2013, ⁷ el 28,3% de los usuarios del Sistema Nacional de Salud solicitó atención urgente en el año 2012. De ellos, el 39,5% acudió exclusivamente a su centro de Atención Primaria y el 47% acudió exclusivamente a los servicios de urgencias hospitalarios para ser atendido.

A nivel nacional del total de usuarios que acudieron a los servicios de urgencias hospitalario, el 75% lo hizo por decisión propia y sólo el 25% fue derivado por un médico de familia. De dicho total, sólo el 21,1% necesitó ingreso hospitalario siendo dado de alta desde el servicio el 78,8% restante.

En nuestra Comunidad, el índice de ingreso hospitalario en relación a los usuarios atendidos en los servicios de urgencias hospitalarios, no llega al 12% (11,62%) los que precisan ingresados en el hospital, siendo el resto dados de alta, manteniendo cifras inferiores a las del estudio nacional del Barómetro Sanitario.

Los usuarios que acuden a los servicios de urgencias hospitalarios pasan una media de 575 minutos en el servicio (aproximadamente 10 horas), desde su llegada hasta que reciben el alta médica, siendo ese tiempo menor en los hospitales del Área de Salud de Gran Canaria. La validez de este indicador está relacionada con el uso efectivo de la estación clínica de DRAGO para la atención urgente ya que, si se utilizan formatos papel para la cumplimentación del episodio clínico, el cierre "administrativo" del mismo puede no coincidir con el alta médica, en el caso de que ambos no se realicen simultáneamente.

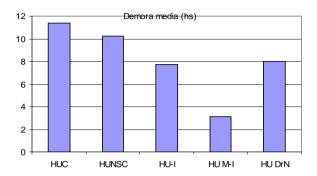
-

⁷ Barómetro sanitario 2013. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [disponible: https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/BS_2013/BS_2013Presentacion.pdf



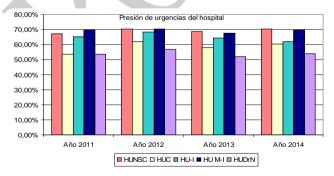


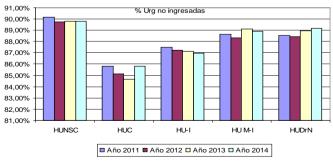
	Demora media (horas)
HUC.	11,37
HUNSC.	10,26
HU I.	7,76
HU M-I.	3,12
HU DrN.	8,01



Los servicios de urgencias hospitalarios son la principal puerta de entrada de la hospitalización (aproximadamente el 70-75% de los ingresos hospitalarios en el ámbito nacional tienen esta vía de entrada). En nuestro medio las cifras medias de presión de urgencias están en torno al 65%. Su actividad llega a condicionar, en los centros hospitalarios, la gestión de camas, la programación quirúrgica y la gestión de la lista de espera.

	Presión urgencias del hospital				Urgencias no ingresadas			
Año	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014
HUNSC	67,39%	70,31%	68,85%	70,42%	90,16%	89,75%	89,80%	89,81%
HUC	53,44%	62,08%	58,01%	60,38%	85,84%	85,13%	84,69%	85,84%
HU-I	65,37%	68,53%	64,60%	61,86%	87,49%	87,24%	87,12%	86,85%
HU M-I	69,85%	70,22%	67,45%	69,85%	88,66%	88,35%	89,14%	88,90%
HUDrN	53,61%	56,99%	51,85%	53,81%	88,55%	88,44%	88,97%	89,16%
HGLP	67,52%	65,19%	64,68%	63,51%	84,38%	84,42%	84,91%	85,78%
HDrMO	71,67%	77,52%	75,86%	73,59%	90,73%	89,59%	88,99%	88,87%
HGFV	69,31%	70,11%	64,32%	66,64%	89,31%	88,83%	88,79%	89,03%
HNSG	80,59%	79,61%	79,37%	80,90%	90,11%	90,38%	90,62%	91,00%
HNSR	84,99%	80,52%	71,50%	76,78%	94,69%	94,56%	93,43%	94,14%









Si tenemos en cuenta los datos globales, la presión de urgencias del hospital media de la Comunidad es de 64,72%. Considerando los 4 centros de tercer nivel de la Comunidad la presión de urgencias del hospital es de un 63,61% (61,14% para los hospitales del área de salud de Gran Canaria y 65,84% para los hospitales del área de salud de Tenerife).

El retraso en el drenaje de los servicios de urgencias de pacientes con indicación de ingreso hospitalario es uno de los condicionantes de las situaciones de sobreocupación.

Si se estudian los indicadores funcionales relacionados con los ingresos urgentes del hospital en los últimos años, se objetiva un incremento de la complejidad de los pacientes atendidos (IC) con una discreta mejora de la eficiencia (IF):
Indicadores depurados⁸:

-			
H. GRUPO 4	Año 2012	Año 2013	Añ0 2014
Altas depuradas	56.886	54.035	52.471
Estancia media depurada	7,65	7,69	7,91
Peso medio depurado	1,9323	1,9107	2,0241
E. media norma inliers	6,61	6,56	6,54
Diferencia norma	1,04	1,12	1,37
IEMA	1,1531	1,1492	1,1453
EMAC	7,86	7,76	7,63
EMAF	6,63	6,69	6,91
Índice casuístico	1,0039	1,0193	1,0566
Índice funcional	1,1892	1,1821	1,1672

*Fuente: CMBD del año correspondiente. Agrupador APv27 estatal 2011.

		HUC			HUNSC	
	Año 2012	Año 2013	Añ0 2014	Año 2012	Año 2013	Añ0 2014
Altas depuradas	12.227	11.863	12.333	18.289	17.681	16.924
Estancia media depurada	7,95	8,23	8,37	6,9	6,95	7,46
Peso medio depurado	1,9435	1,9525	2,0475	1,7887	1,7737	1,9687
E. media norma inliers	6,43	6,47	6,48	6,37	6,38	6,32
Diferencia norma	1,52	1,76	1,89	0,53	0,57	1,14
IEMA	1,1798	1,1949	1,1948	1,1106	1,1131	1,1098
EMAC	7,69	7,9	7,87	7,61	7,44	7,13
EMAF	6,74	6,89	7,01	6,21	6,25	6,72
Índice casuístico	1,0476	1,0652	1,0823	0,9751	0,9787	1,0631
Índice funcional	1,1959	1,2217	1,2151	1,1941	1,1651	1,1273

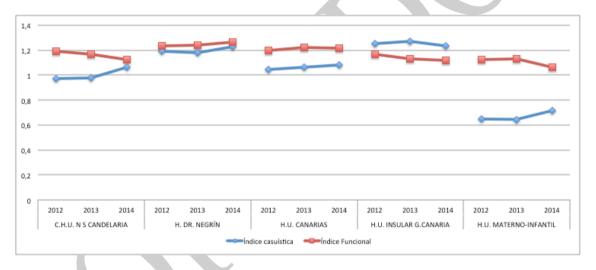
⁸ IEMA: índice de estancia media ajustada (<1 funcionamiento más eficiente a igualdad de casuística respecto al estándar) // EMAC: estancia media ajustada por casuística (>1 mayor complejidad con respecto al estándar para un nivel de funcionamiento equivalente a la norma) // EMAF: estancia media ajustada a funcionamiento (<1 más eficiciente por menor duración estancia para un nivel de complejidad equivalente que la norma) // Índice casuístico >1 casuística del hospital es más compleja respecto al funcionamiento de la norma // Índice funcional <1 mayor eficien-

cia respecto al estándar)





		HUDrN			HU I		HU M-I		
	Año 2012	Año 2013	Añ0 2014	Año 2012	Año 2013	Añ0 2014	Año 2012	Año 2013	Añ0 2014
Altas depuradas	8.673	7.858	6.434	8.062	8.353	8.518	9.635	8.280	8.262
Estancia media depurada	10,29	10,07	10,59	9,7	9,64	9,32	4,59	4,25	4,6
Peso medio depurado	2,4823	2,3893	2,583	2,5905	2,5231	2,5258	1,1473	1,0584	1,1634
E. media norma inliers	7	7	6,97	6,8	6,63	6,84	6,46	6,3	5,94
Diferencia norma	3,29	3,07	3,62	2,89	3,01	2,48	-1,87	-2,05	-1,34
IEMA	1,2338	1,2163	1,2383	1,1382	1,1409	1,1015	1,0984	1,0448	1,083
EMAC	8,65	8,69	8,83	7,97	7,49	7,66	7,27	7,14	6,32
EMAF	6,21	6,25	6,72	8,52	8,45	8,46	4,18	4,07	4,24
Índice casuístico	0,9751	0,9787	1,0631	1,2518	1,2735	1,2377	0,6467	0,6457	0,7146
Índice funcional	1,2368	1,2408	1,2657	1,1707	1,1289	1,1206	1,1244	1,1331	1,0637

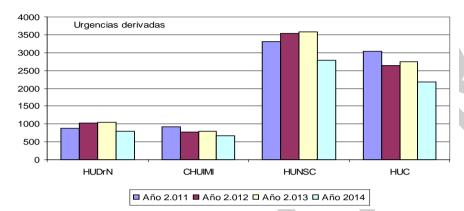


Otro aspecto relacionado con el drenaje de pacientes, es la derivación de pacientes con criterios de ingreso desde los servicios de urgencias hospitalarios de tercer nivel de la Comunidad hacia Centros Concertados. El perfil de estos pacientes suele estar condicionado por el menor requerimiento en su nivel de cuidados, que pueden ser prestados con calidad por centros de menor nivel. Así, desde el año 2011, las derivaciones desde los servicios de urgencias de los hospitales de tercer nivel de la Comunidad hacia centros concertados ha experimentado la siguiente evolución:





Centro peticionario	Año 2.011	Año 2.012	Año 2.013	Año 2014	Variación 2013-2014
HUDrN	889	1.017	1.055	804	-23,79%
CHUIMI	911	775	794	680	-14,36%
HUNSC	3.317	3.532	3.577	2.791	-21,97%
HUC	3.032	2.635	2.737	2.171	-20,68%



NOTA: Fuente SICH: Se han incluido las solicitudes realizadas a través del SICH de derivaciones a centros concertados con resultado de hospitalización médica o intervención quirúrgica en las que el servicio de procedencia es "servicio de urgencias". Se han desechado aquellas solicitudes en las que, a pesar de existir aprobación para la derivación, la finalización es distinta de ingreso.





2.4.2. Informe Asistencial por Áreas de Salud y Hospitales.

AREA DE SALUD DE TENERIFE

La población de cobertura del Área de Salud de Tenerife ha experimentado un descenso de un 0,85% en relación al año 2013 – considerada según datos del censo –, pero de un ascenso de la población asignada mediante Tarjeta Sanitaria (TSI) de un 1%. Proporcionalmente, la población del área de salud de Tenerife supone un 42,28% del total de la Comunidad Autónoma.

La atención urgente en el Área de Salud se presta en **ATENCIÓN PRIMARIA** (mediante los Puntos de Atención Continuada (PAC) y los Servicios Normales de Urgencias (SNU)) y en los servicios de urgencias de los hospitales de referencia.

Área de influencia HUNSC	Año 2013	Año 2014	Var 13-14	Urg./día 2014	Urgencias derivadas 2014
ALCALÁ	10.944	11.679	6,72%	32	5,39%
ADEJE	17.328	18.388	6,12%	50	2,43%
ANAGA	9.783	10.227	4,54%	28	2,78%
AÑAZA	1				
ARICO	5.019	4.733	-5,70%	13	3,72%
ARONA	20.534	21.335	3,90%	58	2,09%
CANDELARIA	17.975	18.218	1,35%	50	4,41%
GÜIMAR	18.109	18.941	4,59%	52	4,45%
GRANADILLA	21.194	21.536	1,61%	59	4,15%
GUÍA DE ISORA	10.186	10.957	7,57%	30	4,15%
LOS GLADIOLOS	30.820	30.688	-0,43%	84	1,37%
OFRA	41.085	41.634	1,34%	114	1,77%
TÍNCER					
SUP JAIME CHAVEZ	28.238	28.717	1,70%	79	%
TOTAL	231.215	237.053	2,52%	650	3,27%

Área de influencia HUC	Año 2013	Año 2014	Var 13- 14	Urg./día 2014	Urgencias derivadas 2014
ICOD*	21.279		%		%
LA GUANCHA	10.066	9.617	-4,46%	26	7,27%
LA LAGUNA	39.288	41.797	6,39%	115	3,66%
LA OROTAVA	29.536	29.659	0,42%	81	3,80%
LA VICTORIA	17.879	19.334	8,14%	53	4,32%
LOS REALEJOS	33.752	34.900	3,40%	96	7,65%
LOS SILOS	10.947	10.762	-1,69%	29	5,35%
PTO CRUZ	21.015	20.339	-3,22%	56	3,84%
TACORONTE	16.682	16.816	0,80%	46	4,67%
TEJINA	18.139	18.923	4,32%	52	4,95%
TOTAL	218.583	202.147	-7,52%	554	4,77%





En color: SNU. Fuente: Almacén de datos de Atención Primaria

En Junio de 2013 se terminó la sectorización del Área de Salud de Tenerife; desde entonces la comarca de la isla baja tiene como hospital de referencia el HUC.

*Desde Agosto de 2014 el PAC de Icod se ha trasladado al Servicio de Urgencia del Hospital del Norte.

En base al número de servicios de urgencias operativos en el Área de Salud de Tenerife, el ratio, en relación a la población de cobertura es de 2,5 servicios de urgencias/100.000 habitantes, - 1 punto de atención urgente presencial por cada 40.452 habitantes (media del SNS 1/24.338 hab.; 4 centros/10⁵ hab.).

Los PAC disponen de equipo simple de guardia (1 médico + 1 enfermero); 9 de ellos tienen un refuerzo de enfermería y medicina en determinados tramos horarios los viernes, sábados, domingos y festivos.

La mayoría de los SNU tienen equipo doble – 2 médicos y 2 enfermeras (salvo el SNU de Anaga el cual, en base a su demanda media, solo dispone de 1 médico y 1 enfermero por turno). Los SNU de Ofra, La Laguna y SUP Jaime Chávez, tienen un refuerzo en algunos tramos horarios los sábados.

Los SNU tienen mayor variabilidad en cuanto a la disponibilidad de los RRHH por turno:

	Médico				Enfermero	l	C	elador	AE
	L-V	Ref. S de 9 a 17 hs.	S,D,F	L-V	Ref. S de 9 a 17 hs.	S,D,F	L-D	Ref. S de 9 a 17 hs.	Ref. S de 9 a 17 hs.
Anaga	1		1	1		1	1		
La Laguna	2	1	2	2	1	2	1	2	
Tíncer	2		2	2		2	1		
Los Cristianos	2		2	2		2	1		
Los Gladiolos	2	1	2	2	1	2	1		1
Ofra	2		2	2		2	1		
La Orotava	2		2	2		2	1		
Pto de la Cruz	2		2	2		2	1		
Los Realejos	2		2	2		2	1		

Ref.: refuerzo

La dotación de medios diagnósticos es mínima para la resolución de procesos urgentes que precisen de apoyo de pruebas complementarias. Ninguno de los centros dispone de posibilidad de realizar analíticas y la posibilidad de estudios radiológicos se recoge en la siguiente tabla:



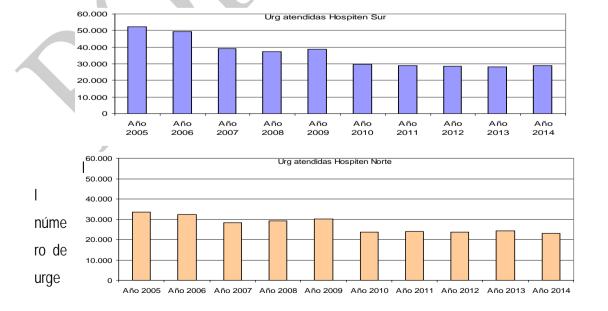


Centro de Salud	Horario	Función	Observaciones
La Laguna. S. Benito	08:00-15:00	Urgencias y C. de Salud	No se utiliza para el S. de urgencias
Tincer		Urgencias y C. de Salud	Pendiente de instalación
S. Isidro		Urgencias y C. de Salud	Pendiente de instalación
Icod	24 horas	Urgencias y C. de Salud	Incluido en el CEAU
Puerto de la Cruz	08:00-15:00	Urgencias y C. de Salud	En el CAE contiguo y comunicado
Guimar	08:00-15:00	C. Salud	Centro de Salud

Así mismo, el Área de Salud de Tenerife tiene concertada la atención urgente en dos centros hospitalarios pertenecientes a la red Hospiten, uno de ellos – Hospiten Norte – perteneciente al área de influencia del HUC y el otro – Hospiten Sur – al área de influencia del HUNSC. La actividad desglosada en los últimos años ha sido la siguiente:

	Д	ño 2.013			Año 2.014			
Centro	Urg. atendidas	Urg./día	Urg./1000 hab.	Urg. atendidas	Urg./día	Urg./1000 hab	atendidas 13-14	
HOSPITEN NORTE	24.282	67	157	23.081	63	146	-0,05%	
HOSPITEN SUR	28.222	77	125	28.840	79	132	0,02%	

*Urgencias atendidas usuarios SCS







ncias derivadas desde los centros concertados a los hospitales de referencia ha tenido la siguiente evolución en los 3 últimos años:

Derivaciones	Derivac. H. SUR	Urg. atendidas (SCS)	% sobre urg. atendidas	Derivac. H. NORTE	ater (S
Año 2011	3.820	28.974	13,18%		24
Año 2012	3.925	28.656	13,70%		23
Año 2013	3.959	28.138	14,07%	4.175	23
Año 2014	4.448	28.840	15.42%	4.959	23

Derivac.	Urg.	% sobre
H.	atendidas	urg.
NORTE	(SCS)	atendidas.
	24.107	
	23.757	
4.175	23.976	17,41%
4.959	23.081	21,49%

Del total de urgencias atendidas en los dos centros hospitalarios de referencia, las derivaciones desde Hospiten Sur supusieron el 4,27% de las demandas en el HUNSC y las derivaciones desde Hospiten Norte supusieron el 6,50% de las demandas del HUC en el año 2.014.





COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE CANDELARIA (CHUNSC)

El Servicio de Urgencias del CHUNSC presta atención urgente a la población de la zona surcapitalina del Área de Salud de Tenerife y supone la puerta de entrada a la patología urgente del Área de Salud de La Gomera y de El Hierro cuando, la gravedad de la misma sobrepasa el nivel de atención del Hospital Nuestra Señora de Guadalupe y del Hospital Nuestra Señora de los Reyes respectivamente. Dispone de las siguientes áreas funcionales: área de admisión y recepción, área de clasificación/consulta rápida, área de críticos, área de consultas – médica, quirúrgica, psiquiatría, pediatría-, área de observación y área de apoyo o servicios comunes. La atención a la urgencia obstétrico-ginecológica se presta de manera específica en un área ubicada en otra dependencia y es atendida directamente por profesionales del servicio de Ginecología y Obstetricia.

El 16 de octubre del año 2.006 se puso en funcionamiento el Centro Especializado de Atención a la Urgencia (CEAU) en el Mojón, Arona, con dependencia funcional y organizativa del Servicio de Urgencias del CHUNSC, el cual, en el año 2015, pasará a constituir el Servicio de Urgencias del Hospital del Sur de Tenerife.

En junio del año 2013 se terminó de implantar la sectorización del Área de Salud de Tenerife por lo que, desde entonces, los pacientes de la comarca de la isla baja tienen como hospital de referencia el Hospital Universitario de Canarias.

a) ACTIVIDAD:

La atención urgente en los últimos años ha experimentado la siguiente evolución:

Actividad del Complejo:

CHUNSC	Camas agudos/10 ⁵ hab.	Urg. atendidas	Urg./día	Urg. no ingresadas	Presión Urg. Hosp.	Urg./1.000 hab.
Año 2008	805	173.433	475	90,62%	62,30%	347
Año 2009	812	173.736	476	90,57%	62,45%	341
Año 2010	781	164.824	452	90,53%	63,22%	325
Año 2011	782	162.121	444	90,16%	67,39%	327
Año 2012	769	158.608	435	89,75%	70,31%	290
Año 2013	781	151.916	416	89,80%	68,85%	298
Año 2014	780	152.645	418	89,81%	70,42%	304



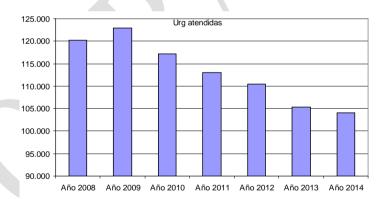




☑ Actividad del servicio de urgencias del HUNSC sin considerar el CEAU:

HUNSC*	Urg. atendidas	Urg./día	Urg. no ingresadas	Presión Urg. Hosp.	Urg./1.000 hab.
	_	_			
Año 2008	120.267	329	87,22%	62,30%	241
Año 2009	122.872	337	87,20%	62,45%	241
Año 2010	117.101	321	87,20%	63,22%	231
Año 2011	113.033	310	87,20%	67,39%	327
Año 2012	110.480	303	85,28%	70,31%	202
Año 2013	105.288	288	85,28%	68,85%	207
Año 2014	104.119	285	89,81%	70,42%	207

*Datos del Hospital sin CEAU



En el año 2.014, del total de urgencias atendidas, el 25,96%, fueron demandas del área materno infantil (obstétrico ginecológicas + pediatría).

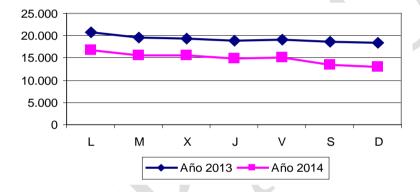
La mayor demanda tiene lugar entre los meses de invierno, de octubre a enero (datos acumulados desde el año 2003).







En relación a la demanda en función del día de la semana, la mayor afluencia tiene lugar los lunes y martes.



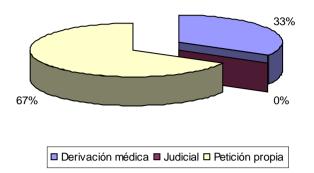
El flujograma de los pacientes que acudieron al servicio de urgencias durante el año 2.014, en base a la franja horaria, supone que de media, aproximadamente un 42% lo hace en horario de mañana (de 8:00 a 15:00 horas), un 38% en horario de tarde (de 15:00 a 22 horas) y un 20% en horario de noche (de 22:00 a 08 horas del día siguiente).



La mayoría de los pacientes que solicitaron asistencia en el servicio de urgencias hospitalario lo hicieron por iniciativa propia (65,3%) y sólo un 34,6% acudieron derivados por indicación facultativa.

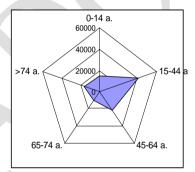






El 43,77% de los usuarios atendidos en el SUH fueron mujeres y el 56,23% hombres. Del total de altas registradas en el Servicio de Urgencias, la demanda asistencial por franjas de edad fue la siguiente (Fuente: OBI):

	% del total
0-14 años	14,15%
15-44 años	39,59%
45-64 años	20,98%
65-74 años	9,79%
>74 años	15,49%



El 25,27% de los pacientes eran mayores de 65 años y, de este grupo de edad, el 61,27% eran mayores de 74 años.

El tiempo que los pacientes permanecen en el servicio de urgencias está influenciado por muchos factores, alguno de ellos externo al propio servicio y es, en muchas ocasiones, un motivo de insatisfacción de los usuarios. Por término medio, un paciente que acude al S.U. del HUNSC pasa unas 10 horas en el mismo hasta que se concluye su proceso asistencial. Desglosado en función del destino al alta, los tiempos medios de estancia son:

	Total Altas	Demora media (horas)
Ingreso en el propio centro	15.558	15,35
Alta sin ingreso	85.519	7,73
Traslado a otro centro	3.076	55,05
Total	104.153	10,26





✓ Actividad del CEAU de Arona:

CEAU	Urg. atendidas	Urg./día	Urg. pediátricas	Urg. derivadas	Urg./1.000 hab.
Año 2008	53.166	146	27,84%	1,67%	260
Año 2009	50.864	139	27,67%	1,34%	239
Año 2010	47.723	131	25,86%	1,30%	222
Año 2011	49.088	134	24,18%	1,24%	230
Año 2012	48.128	125	23,84%	1,10%	219
Año 2013	46.628	128	22,54%	1,47%	207
Año 2014	48.526	133	20,17%	1,65%	222



b) RECURSOS ESTRUCTURALES:

		HUNSC			CEAU	
	Año	Año	Año	Año	Año	Año
	2010	2013	2014	2010	2013	2014
Boxes triage	2	2	2	1	1	1
Boxes de consulta/exploración	11	12	14*	4	5	5
Boxes de reanimación	5	5	5	1	2	2
Camas de observación/sillones	42	47	47	16	16	16

^{*}Se han habilitado dos nuevos puestos que actúan como consultas rápidas.

c) RECURSOS HUMANOS: 1 Coordinador del servicio + 2 Supervisoras de Enfermería

	Año 2010		Año 2013		Año 2014	
Total plantilla	HUNSC	CEAU Arona	HUNSC	CEAU Arona	HUNSC	CEAU Arona
Médicos	37		36		36	
Enfermeras	64	18	64	18	64	18
Aux. Enfermería	56	10	56	10	56	10





HUNSC	Año 2010			Año 2010 Año 2013			А	ño 2014	
MÉDICOS*	Mañana	Tarde	Noche	Mañana	Tarde	Noche	Mañana	Tarde	Noche
Laborables	8	6	3	9	6	3	9	6	3
Festivos	5	5	3	5	5	3	5	5	3

*1 adjunto cubre la ambulancia de soporte vital avanzado en guardia de 24 horas. (ASVA)

En cuanto al personal de enfermería, se encuentran trabajando en el servicio 13 profesionales, en horario de mañana, 13 en horario de tarde y 12 en horario de noche, tanto los días laborales como los festivos.

La organización del servicio contempla la actividad mediante la modalidad de turnos de mañana y tarde y en modalidad de guardias (3 módulos de guardia en días laborables y 3 de festivos) que cubren la actividad de 3 de los adjuntos que realizan la guardia de 15:00 a 08:00 horas del día siguiente.

En la actualidad 7 facultativos están exentos de la realización de guardias por diversas circunstancias.

En periodo vacacional se modifica el cuadrante de turnos del personal facultativo de tal manera que uno de los médicos que habitualmente está asignado al turno de mañana realiza un turno acabalgado desde las 12 a las 17 horas, de lunes a viernes, en el horario de mayor demanda del servicio.

El CEAU dispone del siguiente personal asistencial por turno:

CEAU	Mañana	Tarde	Noche
Laborales	2 Md + 4 DUE + 2 AE	2 Md + 4 DUE + 2 AE	2 Md + 3 DUE + 2 AE
Festivos	2 Md + 4 DUE + 2 AE	2 Md + 4 DUE + 2 AE	2 Md + 3 DUE + 2 AE





COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CANARIAS (HUC).

El Servicio de Urgencias del HUC presta atención urgente a la población de la zona norte del Área de Salud de Tenerife y supone la puerta de entrada a la patología urgente del Área de Salud de La Palma cuando la gravedad de la misma, sobrepasa el nivel de atención del Hospital General. Dispone de las siguientes áreas funcionales: área de admisión y recepción, área de clasificación/consulta rápida, área de críticos, área de consultas – médica, quirúrgica, psiquiatría, pediátrica, obstétrico/ginecológica-, área de observación y área de apoyo o servicios comunes.

La atención a la urgencia pediátrica está cubierta por un pediatra de presencia física en el Servicio.

La atención a la urgencia obstétrico-ginecológica se presta en dependencias propias del servicio de Ginecología aunque el acceso se realiza por el servicio de urgencias.

En junio del año 2013 se terminó de implantar la sectorización del Área de Salud de Tenerife por lo que, desde entonces, los pacientes de la comarca de la isla baja tienen como hospital de referencia el Hospital Universitario de Canarias.

En Agosto del año 2014 se procedió a la apertura del Servicio de Urgencias del Hospital del Norte de Tenerife, centro dependiente organizativa y administrativamente del HUC, aunque en determinados turnos trabajan conjuntamente profesionales provenientes del PAC de Icod y del HUC.

a) ACTIVIDAD.

☑ Actividad del Complejo Hospitalario (HUC+CEAU Icod):

La atención urgente en los últimos años ha experimentado la siguiente evolución:

HUC	Urg.	Urg./día	Urg. no	Presión	Urg/1.000
HUC	atendidas	Urg./ura	ingresadas	urg. Hosp.	hab.
Año 2008	79.886	219	86,19%	56,65%	207
Año 2009	82.797	227	86,89%	55,96%	212
Año 2010	81.806	224	86.48%	52,96%	206
Año 2011	79.920	219	85,84%	53,44%	194
Año 2012	78.054	214	85,13%	62,08%	166
Año 2013	76.870	211	84,69%	58,01%	198
Año 2014	87.053	239	85,84%	60,56%	225







☑ Actividad del servicio de urgencias del HUC sin considerar CEAU:

HUC	Urg. atendidas	Urg/día	Urg. no ingresadas	Presión urg. Hosp	Urg./1.000 hab.
Año 2008	79.886	219	86,19%	56,65%	207
Año 2009	82.797	227	86,89%	55,96%	212
Año 2010	81.806	224	86.48%	52,96%	206
Año 2011	79.920	219	85,84%	53,44%	194
Año 2012	78.054	214	85,13%	62,08%	166
Año 2013	76.870	211	84,69%	58,01%	198
Año 2014	76.276	209	85,84%	60,56%	152

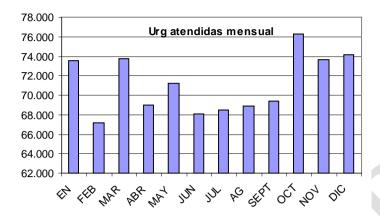
La patología obstétrico-ginecológica comparte servicio de admisión general, pero este tipo de pacientes dispone de un circuito diferenciado y es atendido por personal del Servicio de Ginecología y Obstetricia. El sistema de información permite diferenciar las demandas obstétricas y aquellas de carácter ginecológico que tienen como finalización ingreso; no pueden diferenciarse las demandas urgentes ginecológicas que no generan ingreso.

La demanda de urgencia pediátrica comparte servicio de admisión pero depende del Servicio de Pediatría y es atendida por un FEA de Pediatría de presencia física en el servicio de urgencias

La mayor demanda de atención urgente se produce entre los meses de octubre a enero (acumulado desde 2.003):

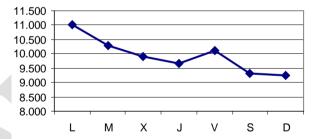




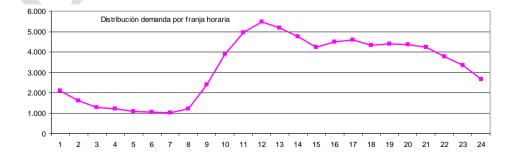


En el año 2014 se ha producido un incremento importante (no usual en la serie histórica) de la demanda de atención urgente desde el mes de septiembre, alcanzándose un máximo en el mes de diciembre de 8.886 urgencias atendidas – 287 urgencias/día. Eso supuso un aumento en más de 2.000 urgencias atendidas en relación con el mes de enero del mismo año.

En relación a la demanda en función del día de la semana, la mayor afluencia tiene lugar el lunes, con una marcada diferencia en relación al resto de los días de la semana:



El flujograma de los pacientes que acudieron al servicio de urgencias durante el año 2.014, en base a la franja horaria, supone que de media, aproximadamente un 40% lo hace en horario de mañana (de 8:00 a 15:00 horas), un 39% en horario de tarde (de 15:00 a 22 horas) y un 21% en horario de noche (de 22:00 a 08 horas del día siguiente).

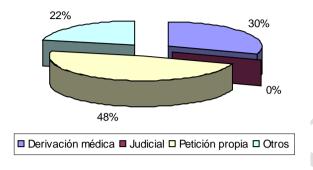


El 48% de los pacientes que solicitaron asistencia en el SUH lo hicieron a petición propia



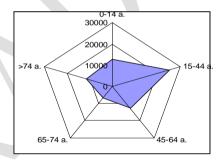


y el 30% tras derivación médica, un 22% de los casos se recogieron como "otros", lo que no permite determinar con precisión su procedencia.



El 55,29 de los usuarios atendidos en el SUH fueron mujeres y el 44,71% hombres. Del total de altas registradas en el Servicio de Urgencias, la demanda asistencial por franjas de edad fue la siguiente (Fuente: SIH-OBID):

0-14 años	18,61%
15-44 años	36,49%
45-64 años	18,42%
65-74 años	9,89%
>74 años	16,59%



El 26,48% de los pacientes eran mayores de 65 años y, de este grupo de edad, el 62,65% eran mayores de 74 años.

El tiempo que los pacientes permanecen en el servicio de urgencias está influenciado por muchos factores, alguno de ellos externo al propio servicio y es, en muchas ocasiones, un motivo de insatisfacción de los usuarios. Por término medio, un paciente que acude al SU del HUC pasa unas 10 horas en el mismo hasta que se concluye su proceso asistencial. Desglosado en función del destino al alta, los tiempos medios de estancia son:

	Total Altas	Demora media (horas)
Ingreso en el propio centro	7.013	27,08
Alta sin ingreso	66.777	5,08
Traslado a otro centro	2.419	50,85
Total	76.209	11,37





✓ Actividad del CEAU de Icod

CEAU Icod	Urg. atendidas	Urg./día	Urg. derivadas	Urg./1000 hab.
Año 2014*	10.777	70	4,60%	68

^{*}Inicio actividad Agosto. Datos provisionales.

b) RECURSOS FÍSICOS:

	Año 2010	Año 2013	Año 2014	
	HUC	HUC	HUC	H. del Norte
Boxes triage	2	2	2	1
Boxes de consulta/exploración	8	14	10	4
Boxes de reanimación	3	3	3	2
Camas de observación/sillones	42	60	60	16

Además en el servicio se ubica (no incluidas en el resumen):

- 1 Sala de observación de Pediatría: 5 camas (gestionadas por el servicio de Pediatría).
- 1 Sala de observación de Psiquiatría: 5 sillones (gestionadas por el servicio de Psiquiatría).
- c) RECURSOS HUMANOS: 1 Coordinador + 1 Responsable asistencial + 2 Supervisores de Enfermería

	Año 2010		Año 2014		
	A110 2010	A110 2013	HUC	H. del Norte	
Médicos	23	28	22	7	
Enfermeras		56	55	13	
Aux. Enfermería		51	50	10	

El número de efectivos por franjas horarias es el siguiente:

HUC	A	ño 2010		Año 2013			Año 2014		
Médicos	Mañana	Tarde	Noche	Mañana	Tarde	Noche	Mañana	Tarde	Noche
Laborables	5	5	5	8	5	4	7	5	5
Festivos	4	4	4	5	5	4	4	5	5

En la actualidad 5 facultativos están exentos de la realización de guardias por diversos motivos.





En cuanto al personal de enfermería, realizan turnos de 12 horas, trabajando 9 enfermeras y 9 auxiliares de enfermería por turno, tanto en días laborales como festivos.

La organización del servicio contempla la actividad mediante la modalidad de turnos de mañana y tarde/noche y en modalidad de guardias (1 módulo de guardia en días laborables – de 15 a 08 horas - y 1 de festivo – 24 horas). Este personal es complementario al que realiza su actividad en la modalidad de turnos

CEAU Icod	Año 2014					
Médicos*	Mañana	Tarde	Noche			
Laborables	2	2	1+1*			
Festivos	1+1*	1+1*	1+1*			

*El 2º facultativo depende de AP





ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA

La población de cobertura del área de salud de Gran Canaria ha experimentado un descenso de un 0,18% en relación al año 2013 – considerada según datos del censo – con un aumento sin embargo de un 0,22% si se tiene en cuenta las Tarjetas Sanitarias (TSI) en vigor. Proporcionalmente, la población del Área de Salud de Gran Canaria supone un 40,44% del total de la Comunidad Autónoma.

La atención urgente en el Área de Salud de Gran Canaria se presta en **ATENCIÓN PRIMARIA** (mediante los Puntos de Atención Continuada (PAC) y los Servicios Normales de Urgencias (SNU)) y en los servicios de urgencias de los hospitales de referencia.

Área influencia CHUIMI	Año 2013	Año 2014	Variación 2013-2014	Urg./día 2014	Urg. derivadas 2.014
Agüimes	19.613	20.641	5,24%	57	4,56%
El Calero	55.011	53.743	-2,30%	147	6,65%
Ingenio	31.291	32.054	2,44%	88	5,41%
Jinámar	43.664	39.162	-10,38%	107	3,42%
Maspalomas	41.183	40.740	-1,08%	112	5,13%
Puerto Mogán	5.336	5.657	6,02%	15	7,09%
Arguineguín	16.335	17.200	5,30%	47	5,41%
Remudas	20.272	20.609	1,66%	56	3,23%
San Bartolomé	5.962	5.770	-3,22%	16	4,92%
San José	51.254	50.843	-0,80%	139	4,08%
Vecindario	70.723	70.723	-0,58%	193	4,61%
Valsequillo	7.298	7.278	-0,27%	20	9,30%
TOTAL	367.942	364.420	-0.95%	997	5,31%

Área influencia HUDrN	Año 2013	Año 2014	Variación 2013-2014	Urg/día 2014	Urg derivadas 2.014
Arucas	33.369	32.578	-2,37%	89	5,61%
Agaete	7.837	7.693	-1,84%	21	5,58%
Barrio Atlántico	40.864	40.344	-1,27%	111	5,65%
Canalejas	31.649	33.920	7,18%	93	3,07%
Firgas	4.618	4.947	7,12%	14	5,15%
Gáldar	27.826	28.831	3,61%	79	5,00%
Guanarteme	41.385	40.063	-3,19%	110	5,32%
Moya	5.975	5.727	-4,15%	16	7,09%
Puerto/La Isleta	31.925	30.957	-3,03%	85	3,75%
San Nicolás	10.373	10.747	3,61%	29	2,88%
San Mateo	5.686	5.805	2,09%	16	8,61%
Santa Brígida	9.733	10.024	2,99%	27	5,76%
Sta. María de Guía	12.457	13.402	7,59%	37	5,42%





Schamann	31.926	32.346	1,32%	89	3,62%
Tamaraceite	38.021	37.626	-1,04%	103	4,27%
Tejeda	2.580	2.710	5,04%	7	4,69%
Teror	7.135	7.409	3,84%	20	5,57%
Valleseco	4.377	4.649	6,21%	13	7,14%
SEU	6.143	6.351	3,39%	17	16,00%
TOTAL	353.879	356.129	0.63%	976	5,79%

En color los SNU. Fuente: Almacén de datos de Atención Primaria.

En base al número de servicios de urgencias operativos en el Área de Salud de Gran Canaria, el ratio, en relación a la población de cobertura, es de 3,52 servicio de urgencias/100.000 habitantes, - 1 punto de atención urgente presencial por cada 28.372 habitantes (media del SNS 1/24.338 hab.; 4 centros/10⁵ hab.).

Los PAC disponen de equipo simple de guardia (1 médico + 1 DUE) con un refuerzo de enfermería y medicina los fines de semana y festivos.

Los SNU tienen mayor variabilidad en cuanto a la disponibilidad de los RRHH por turno:

		Médico			DUE				
	L-V	Ref L-V	Ref S,D,F	L-V	Ref L-V	Ref S,D,F	Celador	AE	TER
Arucas	2			2			1		
Gáldar	1		1	1		1	1		1
Guanarteme	2			2		1	1		
Puerto	2			2			1		
Canalejas	1		1	_1	1	1	1		
Tamaraceite	2			2			1		
Schamann	2			2			1		
B. Atlántico	2			2			1		
San José	2			2		1	1		
Jinámar	1		1	1	1	1	1		
Remudas	1			1			1		
Ingenio	1	1	1	1	1	1	1		
Vecindario	3			3		1	1	1	1
Maspalomas	2			2		1	1		1
Calero	2	1		3	1		1		

Ref: Refuerzo

La dotación de medios diagnósticos es mínima para la resolución de procesos urgentes que precisen de apoyo de pruebas complementarias. Ninguno de los centros dispone de posibilidad de realizar analíticas y la posibilidad de estudios radiológicos se recoge en la siguiente tabla:





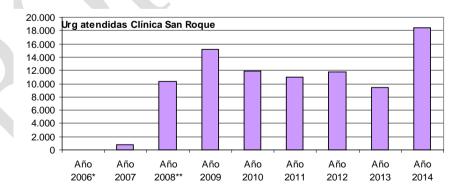
Centro de Salud	Horario	Función	Observaciones
Gáldar	24 horas	Urgencias y C. de Salud	
Arucas	08:00-19:00	Urgencias y C. de Salud	
La Aldea	10:00-17:00	Urgencias y C. de Salud	
Maspalomas	24 horas	Urgencias y C. de Salud	Los sábados por la mañana no funciona
Vecindario	24 horas	Urgencias y C. de Salud	
Canalejas	08:00-19:00	C. Salud	
Barrio Atlántico	08:00-19:00	C. Salud	
Cuevas Torres	08:00-19:00	C. Salud	

Así mismo, el Área de Salud de Gran Canaria tiene concertada, desde diciembre del año 2.006, la atención urgente en el Hospital San Roque Maspalomas, situada en la zona sur de la isla y que tiene como centro de referencia el CHUIMI.

La actividad desglosada en los últimos años ha sido la siguiente:

	Año 2.013			Año 2.014			
Urg. atendidas	Urg./día	Urg./1000 hab.	Urg. atendidas	Urg./día	Urg./1000 hab.	2013- 2014	
9.372	26	64	18.406	50	126	97,81%	

*Urgencias atendidas usuarios SCS de los municipios de Santa Lucía de Tirajana, San Bartolomé de Tirajana y Mogán



^{**}En el año 2008 se produjo una modificación en las condiciones del concierto, suprimiéndose el requisito de acceso al centro hospitalario previa derivación de un médico del SCS (Atención Primaria o SUC).





C.H.U. INSULAR MATERNO INFANTIL DE GRAN CANARIA (CHUIMI)

La atención a la urgencia se presta en dos servicios diferenciados en base a su cartera de servicios. Así, el H.U. Insular presta atención urgente a la población mayor de 14 años de su área de cobertura y supone la puerta de entrada a la patología urgente del Área de Salud de Fuerteventura, cuando la gravedad de la misma sobrepasa el nivel de atención del H. General. Dispone de las siguientes áreas funcionales: área de admisión y recepción, área de clasificación/consulta rápida, área de críticos, área de consultas – médica, quirúrgica, psiquiatría, área de observación y área de apoyo o servicios comunes.

El H.U. Materno Infantil presta de manera específica la atención urgente a la población pediátrica y al área obstétrico ginecológica de toda el Área de Salud de Gran Canaria. Así mismo supone la puerta de entrada a la patología urgente pediátrica/obstétrica de las áreas de salud de Fuerteventura y Lanzarote cuando la gravedad de la misma sobrepasa el nivel de atención del H. General de Fuerteventura y del Hospital Dr. Molina Orosa de Lanzarote.

El Área de Salud de Gran Canaria dispone de un centro concertado para la atención a las urgencias en la zona sur de la isla, Clínica San Roque, situada en el término municipal de Maspalomas, con centro de referencia el CHUIMI. El número de urgencias derivadas desde el centro concertado en los 2 últimos años han sido:

Derivaciones	N° derivaciones	Urg. atendidas (SCS)	% sobre urg. atendidas
Año 2013	201	9.372	2,14%
Año 2014	277	18.406	1,50%

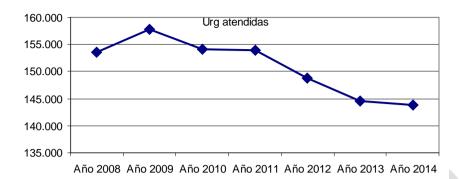
a) ACTIVIDAD:

☑ La evolución de la atención a la urgencia del <u>COMPLEJO</u> en los últimos años ha sido la siguiente:

		ı			
CHUIMI	Urg.	Urg./día	Urg. no	Presión urg.	Urg./1.000
CHOIM	atendidas	Org./uia	ingresadas	Hosp.	hab.
Año 2008	153.481	420	87,59%	74,94%	381
Año 2009	157.708	432	87,74%	67,10%	386
Año 2010	154.048	422	87,70%	69,68%	377
Año 2011	154.023	422	88,11%	67,66%	269
Año 2012	148.827	408	87,81%	69,42%	267
Año 2013	144.607	396	88,14%	65,97%	259
Año 2014	143.995	395	87,86%	65,48%	262







Si consideramos cada uno de los hospitales que conforman el Complejo por separado, la actividad asistencial ha tenido el siguiente comportamiento:

☑ H.U INSULAR:

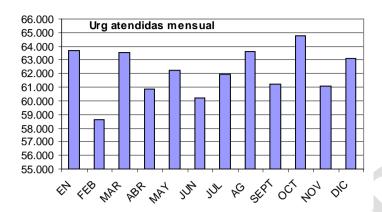
HU INS.	Urg.	Urg./día	Urg. no	Presión	Urg./1.000
HU IIVS.	atendidas	urg./ura	ingresadas	urg. Hosp.	hab.
Año 2008	68.168	187	88,27%	66,79%	169
Año 2009	71.096	195	88,08%	52,42%	174
Año 2010	71.284	195	87,96%	65,48%	173
Año 2011	72.665	199	87,49	65,37%	208
Año 2012	71.242	195	87,24%	68,53%	210
Año 2013	71.728	197	87,12%	64,60%	209
Año 2014	72.899	200	86,85%	61,86%	208



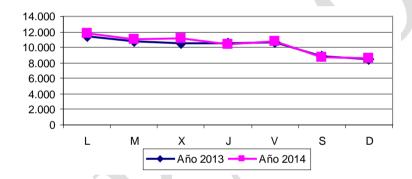
La demanda de atención urgente no sigue un patrón estacional, oscilando de manera importante entre periodos (acumulado desde 2003).



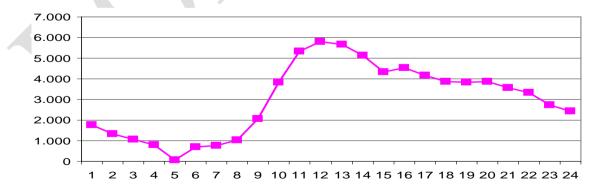




En relación a la demanda en función del día de la semana, la afluencia de usuarios tiene un comportamiento similar durante los días laborales, disminuyendo en fin de semana.



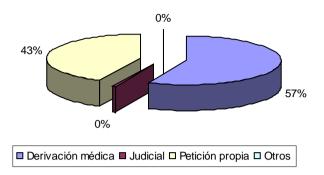
El flujograma de los pacientes que acudieron al servicio de urgencias del Hospital Insular durante el año 2.014, en base a la franja horaria, supone que de media, aproximadamente un 44% lo hace en horario de mañana (de 8:00 a 15:00 horas), un 37,34% en horario de tarde (de 15:00 a 22 horas) y un 18,45% en horario de noche (de 22:00 a 08 horas del día siguiente).



La mayoría de los pacientes que solicitaron asistencia en el SUH lo hicieron por indicación médica – 56,7% y el 42,8% lo hicieron por decisión propia:

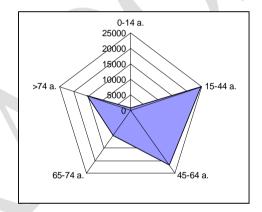






El 49,83% de los usuarios atendidos en el SUH fueron mujeres y el 50,27% hombres. Del total de altas registradas en el Servicio de Urgencias, la demanda asistencial por franjas de edad fue la siguiente (Fuente: SIH-OBID):

0-14 años	1,00%
15-44 años	33,97%
45-64 años	30,03%
65-74 años	13,93%
>74 años	21,07%



El 35% de los pacientes eran mayores de 65 años y, de este grupo de edad, el 60,19% eran mayores de 74 años.

El tiempo que los pacientes permanecen en el servicio de urgencias está influenciado por muchos factores, alguno de ellos externo al propio servicio y es, en muchas ocasiones, un motivo de insatisfacción de los usuarios. Por término medio, un paciente que acude al S.U. del HU-Insular pasa unas 10 horas en el mismo hasta que se concluye su proceso asistencial. Desglosado en función del destino al alta, los tiempos medios de estancia son:

	Total Altas	Demora media (horas)
Ingreso en el propio centro	9.474	20,17
Alta sin ingreso	62.335	5,49
Traslado a otro centro	888	35,41
Total	72.697	7,76



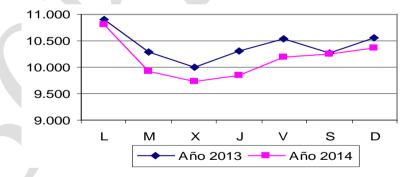


MATERNO INFANTIL:

HU. M-I	Urg.	Urg./día	Urg. no	Presión urg.	Urg./1.000
110. 101-1	atendidas	Org./uia	ingresadas	Hosp.	hab.
Año 2008	85.313	234	87,04%	80,26%	214
Año 2009	86.612	237	87,46%	78,53%	215
Año 2010	82.764	227	87,47%	73,11%	205
Año 2011	81.358	223	88,66%	69,85%	242
Año 2012	77.585	213	88,35%	70,22%	238
Año 2013	72.879	200	89,14%	67,45%	226
Año 2014	71.096	195	88,90%	69,85%	230



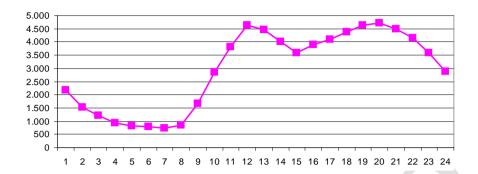
La demanda, en función del día de la semana, presenta una notable variabilidad, con predominio de los lunes como día de mayor demanda:



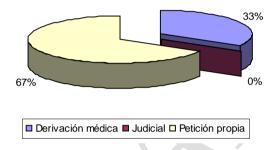
El flujograma de los pacientes que acudieron al servicio de urgencias del Hospital Materno Infantil durante el año 2.014, en base a la franja horaria, supone que, de media, aproximadamente un 35,29% lo hace en horario de mañana (de 8:00 a 15:00 horas), un 42,86% en horario de tarde (de 15:00 a 22 horas) y un 21,86% en horario de noche (de 22:00 a 08 horas del día siguiente).







La mayoría de los pacientes que solicitaron asistencia en el SUH lo hicieron a petición propia, el 66,8% y el 33,2% lo acudieron tras derivación médica:



El tiempo que los pacientes permanecen en el servicio de urgencias está influenciado por muchos factores, alguno de ellos externo al propio servicio y es, en muchas ocasiones, un motivo de insatisfacción de los usuarios. Por término medio, un paciente que acude al SU del HU Materno-Infantil pasa unas 10 horas en el mismo hasta que se concluye su proceso asistencial. Desglosado en función del destino al alta, los tiempos medios de estancia son:

	Total altas	Demora media (horas)
Ingreso en el propio centro	7.888	3,31
Alta sin ingreso	62.995	3,09
Traslado a otro centro	89	2,47
Total	70.972	3,12

b) RECURSOS ESTRUCTURALES:

	HU. I			HU M-I		
	Año	Año	Año	Año	Año	Año
	2010	2013	2014	2010	2013	2014
Boxes triage	4	4	4**	1	1+1*	1+1*
Boxes de consulta/exploración	13	13		6	6	6
Boxes de reanimación	3	3	3	1	1	1
Camas de observación/sillones	42	61	64	25	20	20





*Con carácter general, en el Servicio de Urgencias del HMI funciona un solo box de triage. El 2º se abre cuando la presión de urgencias supera los 20 pacientes/hora.

En situación de sobreocupación el Hospital Insular puede habilitar, además, 7 camillas para exploración y 7 para observación.

c) RECURSOS HUMANOS: 1 Jefe de Servicio y 1 Jefe de Sección en el Hospital Insular y
 1 Coordinador de Unidad en el Hospital Materno Infantil.

	HU Insular			HU M-I		
	Año	Año	Año 2014	Año	Año	Año 2014
	2010	2013		2010	2013	
Médicos	22	22+5*	22+5*	11	10	10
Enfermeras		73	74		31	31
Aux. Enfermería		56	56		30	30

*5 F.E.A,s cubren la actividad de la ambulancia de SVA

Distribución de personal médico por franjas horarias:

a) Hospital Insular:

Año 2010	Mañana	Tarde	Noche
Laborables	10*	6	3+**1
Festivos	4	4	3
Año 2013	Mañana	Tarde	Noche
Laborables	10*	6	3+1**
Festivos	4	4	3
Año 2014	Mañana	Tarde	Noche
Laborables	10*	6	3+1**
Festivos	4	4	3

*El mínimo siempre es de 10 facultativos aunque puede llegar hasta 12 en función de las libranzas de guardias (sobre todo de fin de semana). De los facultativos con actividad en horario de mañana, no todos se dedican a la actividad del servicio de urgencias ya que cubren también:

- Apoyo a CMA Hospital de Día (de lunes a viernes de 8 a 22 horas).
- Apoyo a angiografía (lunes y viernes).
- Atención a la PCR intrahospitalaria.

En el **Hospital Insular** la plantilla se concentra en horario de mañana realizando el resto de la actividad – desde las 14:30 horas hasta las 08:00 horas del día siguiente, los días

^{**2} de los puestos están destinados a consultas rápidas.

^{**}Hasta las 24 horas trabajan 4 médicos en la franja horaria de noche, después pasan a 3.





laborables y las 24 horas, sábados, domingos y festivos – en modalidad de guardias. El servicio de urgencias dispone para esta cobertura de 3 módulos de guardia laborables y 3 de festivos.

En relación al personal de enfermería, los efectivos por turno en el HU. Insular son los siguientes:

Año 2014	Mañana	Tarde	Noche
Laborables	14	14	12
Festivos	14	14	12

Los turnos son de 12 horas en días laborables y festivos.

b) Hospital Materno Infantil:

Año 2010	Mañana	Tarde	Noche
Laborables	3-5'	2"	2"
Festivos	2	2"	2"
Año 2013	Mañana	Tarde	Noche
Laborables	3-4'	2"	2"
Festivos	2"	2"	2"
Año 2014	Mañana	Tarde	Noche
Laborables	3-4'	2"	2"
Festivos	2"	2"	2"

'El **HU Materno Infantil** dispone de 3-5 facultativos en horario de mañana, en función de las libranzas de guardias (sobre todo de fin de semana). Los adjuntos del servicio de urgencias del Hospital Materno Infantil también cubren la actividad en esta franja horaria del hospital de día, donde se atienden también demandas urgentes y no urgentes.

"El resto de la franja horaria, de 15:00 a 08:00 horas del día siguiente y las 24 horas en sábados, domingos y festivos, la atienden 2 facultativos en la modalidad de guardias. El servicio de urgencias dispone para esta cobertura de 2 módulos de guardia laborables y 2 de festivos, que se pueden ver ampliados hasta 3 en el periodo estacional de refuerzo.

Con carácter general, de guardia en el servicio de urgencias del HMI, también cuentan con 3 MIR de pediatría y opcionalmente con 1 MIR de Medicina Familiar y Comunitaria.

En relación al personal de enfermería, los efectivos por turno en el HU. Materno-Infantil son los siguientes:

Año 2014	Mañana	Tarde	Noche
Laborables	6	6	5
Festivos	6	6	5

Los turnos son de 12 horas en días laborables y festivos.





C.H.U. DE GRAN CANARIA DOCTOR NEGRÍN (CHU DrN)

El Servicio de Urgencias del CHUDrN presta atención urgente a la población mayor de 14 años de su área de cobertura y supone la puerta de entrada a la patología urgente del Área de Salud de Lanzarote cuando la gravedad de la misma sobrepasa el nivel de atención del H. Dr. Molina Orosa. Dispone de las siguientes áreas funcionales: área de admisión y recepción, área de clasificación/consulta rápida, área de críticos, área de consultas – médica, quirúrgica, psiquiatría-, área de observación y área de apoyo o servicios comunes. No atiende las urgencias obstétrico-ginecológicas ni las pediátricas, que son atendidas en el CHUIMI.

a) Actividad:

La atención a la urgencia en los últimos años ha experimentado la siguiente evolución:

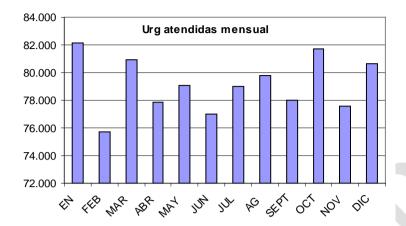
CHUDrN	Urg. atendidas	Urg./día	Urg. no ingresadas	Presión urg. Hosp.	Urg./1.000 hab.
Año 2008	89.763	246	89,42%	57,76%	232
Año 2009	91.218	250	88,79%	54,88%	271
Año 2010	87.987	241	88,79%	53,23%	260
Año 2011	87.907	241	88,55%	53,61%	259
Año 2012	85.692	235	88,44%	56,99%	258
Año 2013	82.440	226	88,97%	51,85%	247
Año 2014	83.257	228	89,16%	53,81%	246



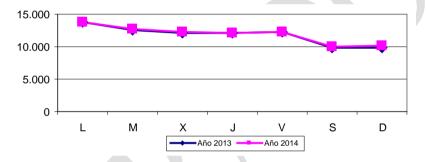
La mayor demanda asistencial se produce entre los meses de octubre y enero (acumulado desde el 2003):



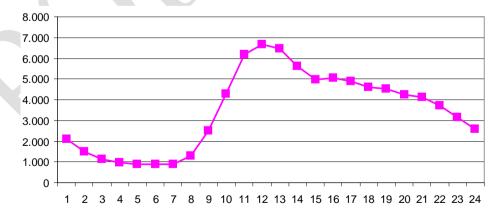




En relación a la demanda en función del día de la semana, los días de mayor actividad son los dos primeros.



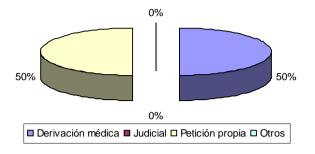
El flujograma de los pacientes que acudieron al servicio de urgencias del HUDrN durante el año 2.014, en base a la franja horaria, supone que, de media, aproximadamente un 44% lo hace en horario de mañana (de 8:00 a 15:00 horas), un 37,42% en horario de tarde (de 15:00 a 22 horas) y un 18,51% en horario de noche (de 22:00 a 08 horas del día siguiente).



La vía de entrada en el SUH fue debida, en porcentajes similares, a la derivación médica y a la petición propia:

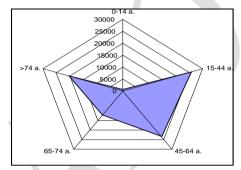






El 49,68% de los usuarios atendidos en el SUH fueron mujeres y el 50,32% hombres. Del total de altas registradas en el Servicio de Urgencias, la demanda asistencial por franjas de edad fue la siguiente (Fuente: SIH-OBID):

0-14 años	0,82%
15-44 años	35,93%
45-64 años	32,67%
65-74 años	16,88%
>74 años	28,20%



El 39,33% de los pacientes eran mayores de 65 años y, dentro de este grupo de edad, el 62,55% eran mayores de 74 años (hay que tener en cuenta que este porcentaje está sesgado al no tener atención pediátrica).

El tiempo que los pacientes permanecen en el servicio de urgencias está influenciado por muchos factores, alguno de ellos externo al propio servicio y es, en muchas ocasiones, un motivo de insatisfacción de los usuarios. Por término medio, un paciente que acude al SU del HUDrN pasa unas 10 horas en el mismo hasta que se concluye su proceso asistencial. Desglosado en función del destino al alta, los tiempos medios de estancia son:

	Total altas	Demora media (horas)
Ingreso en el propio centro	9.113	27,08
Alta sin ingreso	73.202	5,08
Traslado a otro centro	947	50,85
Total	83.262	8,01





b) RECURSOS ESTRUCTURALES:

	Año 2010	Año 2013	Año 2014
Boxes triage	2	2	2
Boxes de consulta/exploración	27	18	20
Boxes de reanimación	1	1	1
	43	44	48
Camas de observación/sillones	(6 puestos para	(6 puestos para	(6 puestos para
	críticos)	críticos)	críticos)

c) **RECURSOS HUMANOS**: 1 Coordinador del servicio, 25 adjuntos y 3 Supervisores (1 de ellos de refuerzo de mañana sólo).

	Año 2010	Año 2013	Año 2014
Médicos	25	25	26
Enfermeras		67	67
Aux. Enfermería		48	48

Distribución de personal médico por franjas horarias:

	Año 2010		Año 2013			Año 2014			
Médicos	Mañana	Tarde	Noche	Mañana	Tarde	Noche	Mañana	Tarde	Noche
Laborables	10	9	4	8	7	4	8	7	4
Festivos	4	4	4	4	4	4	4	4	4

El servicio de urgencias tiene asignados 5 módulos de guardias de lunes a viernes y 7 los fines de semana. Incluye el personal médico de la ambulancia medicalizada, que no depende del servicio y que es contratado específicamente para esa actividad. Uno de los médicos está exento de guardias por problemas de salud.



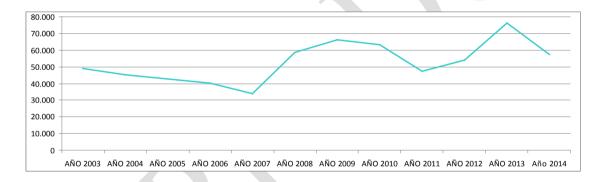


ÁREA DE SALUD DE LA PALMA

La atención urgente en el área de salud de La Palma se presta en Atención Primaria (mediante los Puntos de Atención Continuada (PAC) y los Servicios Normales de Urgencias (SNU)) y en el servicio de urgencias del Hospital General de La Palma.

	Año	Año	Variación	Urg./día	Urg. derivadas
	2.013	2.014	2013-2014	2014	2.014
S.C de la Palma	18.095	17.035	-5,86%	47	3,26%
Mazo	3.070	3.406	10,94%	9	4,58%
Los Llanos de Aridane	48.000	28.706	-40,03%	79	2,75%
Tijarafe	1.751	1.794	2,46%	6	5,85%
Garafía	727	540	-25,72%	2	7,59%
San Andrés y Sauces	4.385	5.802	32,31%	16	5,48%
TOTAL	76.028	57.283	- 32,72%	159	3,43%

En color los SNU. Fuente: Almacén de datos de Atención Primaria.



En base al número de servicios de urgencias operativos en el Área de Salud de La Palma, el ratio, en relación a la población de cobertura, es de 7,18 servicio de urgencias/100.000 habitantes - 1 punto de atención urgente presencial por cada 13.909 habitantes (media del SNS 1/24.338 hab.; 4 centros/10⁵ hab.).

La dotación de medios diagnósticos es mínima para la resolución de procesos urgentes que precisen de apoyo de pruebas complementarias. Ninguno de los centros dispone de posibilidad de realizar analíticas y la posibilidad de estudios radiológicos sólo es posible en el centro de salud de Los Llanos de Aridane y de forma parcial:

Centro de Salud	Horario	Función	Observaciones
Los Llanos de Aridane	08:00-22:00	Urgencias y C. de Salud	Equipamiento obsoleto





HOSPITAL GENERAL DE LA PALMA (HGLP)

El Servicio de Urgencias del HGLP dispone de las siguientes áreas funcionales: área de admisión y recepción, área de clasificación/consulta rápida, área de críticos, área de consultas – médica, quirúrgica, psiquiatría, obstétrico/ginecológica, pediatría -, área de observación y área de apoyo o servicios comunes.

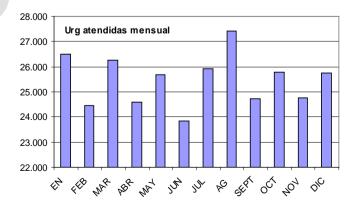
a) ACTIVIDAD:

La atención urgente en los últimos años ha experimentado la siguiente evolución:

LICLD	Urg.	Urg./día	Urg. no	Presión	Urg./1.000
HGLP	HGLP atendidas Ur		ingresadas	urg. Hosp.	hab.
Año 2008	29.078	80	85,13%	68,04%	336
Año 2009	29.076	80	85,30%	69,43%	334
Año 2010	26.618	73	85,46%	63,04%	305
Año 2011	26.968	74	84,38%	67,52%	309
Año 2012	25.640	70	84,42%	65,19%	300
Año 2013	25.710	70	84,91%	64,68%	302
Año 2014	24.663	68	85,78%	63,51%	296



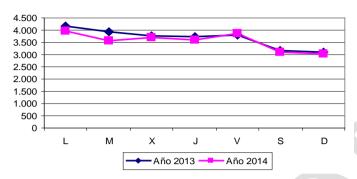
La demanda de atención urgente no sigue un patrón estacional, oscilando de manera importante entre periodos (acumulado desde 2003):



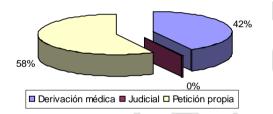




En relación a la demanda en función del día de la semana, el día de mayor actividad es el lunes.



La vía de entrada en el SUH fue debida en un porcentaje ligeramente superior, a petición propia que por derivación médica:



b) RECURSOS ESTRUCTURALES:

	Año 2010	Año 2013	Año 2014
Boxes triage	2	1	1
Boxes de consulta/exploración	5	5	5
Boxes de reanimación	2	2	2
Camas de observación/sillones	8	8	13

c) RECURSOS HUMANOS: 1 Coordinador del servicio + 1 Supervisor de Enfermería.

	Año 2010	Año 2013	Año 2014
Médicos	12	11	11
Enfermeras		15	15
Aux. Enfermería		14	11

La distribución de efectivos por franja horaria es la siguiente:

	Año 2010		Año 2013			Año 2014			
Médicos*	Mañana	Tarde	Noche	Mañana	Tarde	Noche	Mañana	Tarde	Noche
Laborables	3	2	2	3	2	2	3	2	2
Festivos	2	2	2	2	2	2	2	2	2

La organización del servicio contempla la actividad mediante la modalidad de turnos de





mañana, un "turno" que cubre el horario tarde/noche (17 horas) y otro turno que cubre la misma franja horaria en la modalidad de guardia.

El servicio de urgencias tiene asignados 1 módulo de guardia en días laborables y 1 en festivo.

La jornada laboral media de un adjunto del servicio es de 1.575 horas realizadas como jornada ordinaria y 490 horas en módulo de guardias.

En cuanto al personal de enfermería, los efectivos por turno son los siguientes:

Año 2014	Mañana	Tarde	Noche
Laborables	3	4	2
Festivos	3	4	2

Los turnos son de 8 horas en días laborables y festivos.





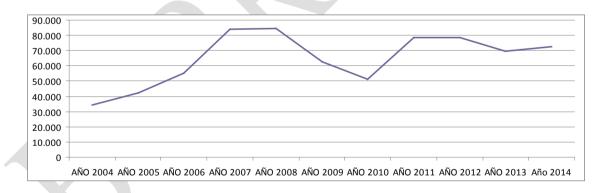
ÁREA DE SALUD DE LANZAROTE

La atención urgente en el Área de Salud de Lanzarote se presta en **ATENCIÓN PRIMARIA** (mediante los Puntos de Atención Continuada (PAC) y los Servicios Normales de Urgencias (SNU)) y en el servicio de urgencias del Hospital Dr. Molina Orosa.

	Año 2.013	Año 2.014	Variación 2013-2014	Urg./día 2014	Urg. derivadas 2.014**
Valterra	48.775	51.279	5,13%	140	%
Tías	10.982	11.651	6,09%	32	%
Haría-Mala*	995	977	-1,81%	8	%
La Graciosa	686	674	-1,75%	2	%
Playa Blanca	8.377	7.905	-5,63%	22	%
TOTAL	69.815	72.486	3,83%	204	%

En color los SNU. Fuente: Almacén de datos de Atención Primaria.

En base al número de servicios de urgencias operativos en el área de salud de Lanzarote, el ratio, en relación a la población de cobertura es de 3,52 servicio urgencias/100.000 habitantes, 1 punto de atención urgente presencial por cada 28.388 habitantes (media del SNS 1/24.338 hab.; 4 centros/10⁵ hab.).



La dotación de medios diagnósticos es mínima para la resolución de procesos urgentes que precisen de apoyo de pruebas complementarias. Ninguno de los centros dispone de posibilidad de realizar analíticas y la posibilidad de estudios radiológicos sólo es posible en el centro de salud de Valterra a tiempo parcial:

Centro de Salud	Horario	Función	Observaciones
Valterra	08:00-22:00	Urgencias y C. de Salud	

^{*}Sólo actividad de enfermería

^{**}No se registra esta actividad





HOSPITAL DOCTOR MOLINA OROSA (HDrMO)

El Servicio de Urgencias del HDrMO dispone de las siguientes áreas funcionales: área de admisión y recepción, área de clasificación/consulta rápida, área de críticos, área de consultas – médica, quirúrgica, psiquiatría, obstétrico/ginecológica, pediatría-, área de observación y área de apoyo o servicios comunes.

a) Actividad:

La atención urgente en los últimos años ha experimentado la siguiente evolución:

HDrMO	Urg. atendidas	Urg./día	Urg. no ingresadas	Presión urg. Hosp.	Urg./1.000 hab.
Año 2008	65.890	181	90,53%	74,01%	472
Año 2009	66.449	182	89,79%	78,41%	468
Año 2010	61.753	169	90,64%	73,51%	437
Año 2011	60.223	165	90,73%	71,67%	423
Año 2012	54.665	150	89,59%	77,52%	385
Año 2013	54.213	149	88,99%	75,86%	382
Año 2014	53.836	147	88,87%	73,59%	379

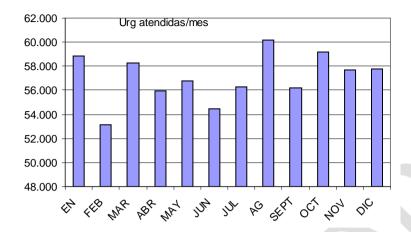


Del total de urgencias atendidas el 18,14% son de demandas de usuarios menores de 14 años.

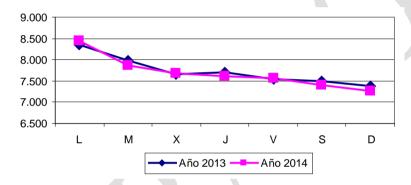
La demanda de atención urgente no sigue un patrón estacional, oscilando de manera importante entre periodos (datos acumulados desde 2003).



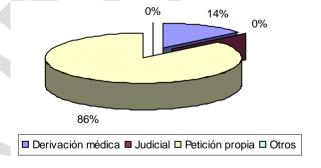




En relación a la demanda en función del día de la semana, el día de mayor actividad es el lunes.



La vía de entrada en el SUH fue debida, fundamentalmente, a petición propia:



b) RECURSOS ESTRUCTURALES:

	Año 2010	Año 2013	Año 2014
Boxes triage	0	2	2
Boxes consulta/exploración	4	5	5
Boxes reanimación	3	2	2
Boxes de observación/sillones	33	43	43





c) **RECURSOS HUMANOS**: 1 Coordinador + 23 adjuntos (cubren también la Ambulancia de soporte vital avanzado – ASVA) + 2 Supervisores de Enfermería.

	Año 2010	Año 2013	Año 2014
Médicos	22	23	23
Enfermeras		45	45
Aux. Enfermería		21	21

La distribución de efectivos por franja horaria es la siguiente:

	А	Año 2010		Año 2013			Año 2014		
Médicos	Mañana	Tarde	Noche	Mañana	Tarde	Noche	Mañana	Tarde	Noche
Laborables	5	5	4	6	6	4	5+1	5	4
Festivos	5	5	4	6	6	4	5	5	4

Todo el personal del servicio, tanto médicos como enfermeras y auxiliares de enfermería, realizan turnos de 12 horas. Uno de los facultativos se ocupa también de la ambulancia de soporte vital avanzado con base en el Hospital.

En estos momentos uno de los facultativos está exento de la realización de guardias y otro tiene reducción de jornada.

La jornada laboral media de un adjunto del servicio es de 1.450 horas realizadas como jornada ordinaria y entre 990 a 1.150 horas en módulo de guardias.

En cuanto al personal de enfermería, los efectivos por turno son los siguientes:

Año 2014	Mañana	Tarde	Noche
Laborables	9	9	8
Festivos	9	9	8

Asignados al servicio trabajan un total de 45 enfermeras, de las cuales 9 están en horario diurno y 8 en horario nocturno, en turnos de 12 horas, con un efectivo más fijo en horario de mañana como apoyo a la supervisión.





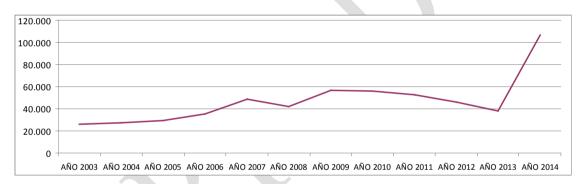
ÁREA DE SALUD DE FUERTEVENTURA

La atención urgente en el Área de Salud de Fuerteventura se presta en **ATENCIÓN PRIMARIA** (mediante los Puntos de Atención Continuada (PAC) y los Servicios Normales de Urgencias (SNU) y en el servicio de urgencias del Hospital General de Fuerteventura.

	Año 2.013	Año 2.014	Variación 2013-2014	Urg/día 2014	Urg derivadas 2.014*
Puerto del Rosario	17.654	42.439	140,39%	116	%
Gran Tarajal	9.781	22.022	125,15%	60	%
Morro Jable	2.015	18.765	831,27%	51	%
Corralejo-La Oliva	8.666	23.338	169,31%	64	%
TOTAL**	38.116	106.564	179,58%	291	%

En color los SNU. Fuente: Almacén de datos de Atención Primaria.

^{**} La diferencia tiene que ver con el inicio de la recogida de datos en agendas de la actividad en horario de mañana.



Los datos asistenciales de Atención Primaria en esta Área de Salud deben ser interpretados con cautela; si bien las cifras recogidas el año 2014 están más ajustadas a la realidad vivida, pueden estar un poco infladas ya que se ha utilizado el módulo de urgencias de la historia clínica electrónica para atender las incidencias. Además, no se han registrado las derivaciones hospitalarias.

En base al número de servicios de urgencias operativos en el Área de Salud de Fuerteventura, el ratio, en relación a la población de cobertura, es de 3,74 servicios urgencias/100.000 habitantes -1 punto de atención urgente presencial por cada 26.733 habitantes (media del SNS 1/24.338 hab.; 4 centros/10⁵ hab.).

La dotación de medios diagnósticos es mínima para la resolución de procesos urgentes que precisen de apoyo de pruebas complementarias. Ninguno de los centros dispone de posibilidad de realizar analíticas y la posibilidad de estudios radiológicos se recoge en la siguiente tabla:

^{*}No se recoge este dato.





Centro de Salud	Horario	Función	Observaciones
Gran Tarajal	08:00-15:00	Urgencias y C. de Salud	1 día a la semana horario de tarde
Jandía	08:00-22:00	Urgencias y C. de Salud	
Puerto del Rosario	08:00-15:00	Urgencias y C. de Salud	
Corralejo	08:00-15:00	Urgencias y C. de Salud	

HOSPITAL GENERAL DE FUERTEVENTURA (HGFV)

El Servicio de Urgencias del HGFV dispone de las siguientes áreas funcionales: área de admisión y recepción, área de clasificación/consulta rápida, área de críticos, área de consultas – médica, quirúrgica, psiquiatría, obstétrico/ginecológica, pediatría-, área de observación y área de apoyo o servicios comunes.

a) ACTIVIDAD:

La evolución de la atención a la urgencia en los últimos años ha sido la siguiente:

HGFV	Urg. atendidas	Urg./día	Urg. no ingresadas	Presión urg. Hosp.	Urg/1.000 hab.
Año 2008	43.640	120	89,13%	72,35%	432
Año 2009	42.437	116	89,35%	69,30%	411
Año 2010	37.259	102	88,57%	69,17%	360
Año 2011	38.157	105	89,31%	69,37%	367
Año 2012	37.033	101	88,83%	70,11%	348
Año 2013	35.480	97	88,79%	64,32%	325
Año 2014	36.685	101	89,03%	66,64%	343

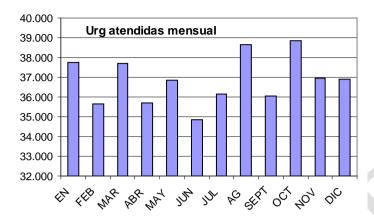


Del total de urgencias atendidas el 17,42% son de demandas de usuarios menores de 14 años.

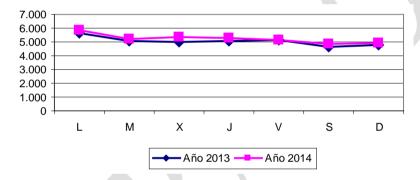
La demanda de atención urgente no sigue un patrón estacional, oscilando de manera importante entre periodos (datos acumulados desde 2003).



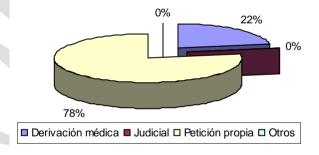




En relación a la demanda en función del día de la semana, el día de mayor actividad es el lunes.



La vía de entrada en el SUH fue debida, fundamentalmente, a petición propia:



b) RECURSOS ESTRUCTURALES:

	Año 2010	Año 2013	Año 2014
Boxes triage	1	1	1
Boxes consulta/observación	6	2	2
Boxes reanimación	1	1	1
Boxes observación/sillones	22	12	12

A lo largo del primer trimestre del 2015 se pondrá en funcionamiento el nuevo servicio de





urgencias del hospital, lo que supondrá un incremento considerable en superficie útil y recursos.

c) RECURSOS HUMANOS: 1 Coordinador + 2 Supervisores de Enfermería

	Año 2010	Año 2013	Año 2014
Médicos	17	18	18
Enfermeras		26	26
Aux. Enfermería		12	12

La distribución de efectivos por franja horaria es la siguiente:

	Año 2010			Año 2013			Año 2014		
Médicos	Mañana	Tarde	Noche	Mañana	Tarde	Noche	Mañana	Tarde	Noche
Laborables	4	3	3	5	4	4	5	4	4
Festivos	3	3	3	4	4	4	4	4	4

La organización del servicio contempla la actividad mediante la modalidad de 1 turno de mañana (profesionales que no pueden realizar guardias -1-) y guardias de 12 horas – horario nocturno.

Asignados al servicio trabajan 6 enfermeras de mañana, 5 de tarde y 5 de noche los días laborables y 5 enfermeras por turno en festivos.

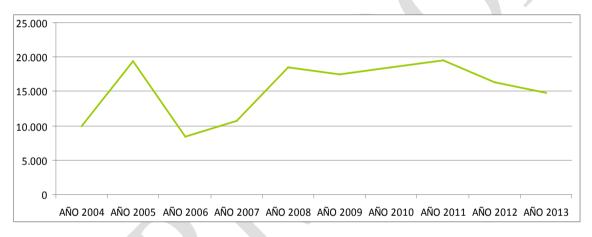




ÁREA DE SALUD DE LA GOMERA

La atención urgente en el Área de Salud de La Gomera se presta en Atención Primaria, mediante los Puntos de Atención continuada (PAC), y en el Servicio de Urgencias del Hospital Nuestra Señora de Guadalupe.

	Año 2.013	Año 2.014	Variación 2013-2014	Urg./día 2014	Urg. derivadas 2.014
San Sebastián	5.929	6.800	14,69%	19	3,00%
Valle Gran Rey	3.070	3.6.56	19,09%	10	4,40%
Vallehermoso	1.714	1.805	5,31%	5	6,20%
Hermigua	2.859	3.042	6,40%	8	5,42%
Alajeró	1.200	1.314	9,50%	10	4,26%
TOTAL	14.772	16.617	12,49%	52	4,20%



En base al número de servicios de urgencias operativos en el área de salud de La Gomera, el ratio, en relación a la población de cobertura, es de 24,13 servicios de urgencias/100.000 habitantes -1 punto de atención urgente presencial por cada 4.144 habitantes (media del SNS 1/24.338 hab.; 4 centros/10⁵ hab.).

HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE (HNSG)

El Servicio de Urgencias del HNSG dispone de las siguientes áreas funcionales: área de admisión y recepción, área de clasificación/consulta rápida, área de críticos, área de consultas, área de observación y área de apoyo o servicios comunes.

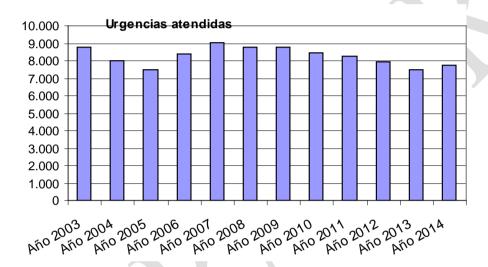
a) ACTIVIDAD:

La evolución de la atención a las urgencias en los últimos años ha sido la siguiente:



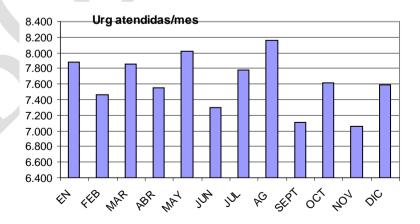


HNSG	Urg. atendidas	Urg./día	Urg. no ingresadas	Presión urg. Hosp.	Urg./1.000 hab.
Año 2008	8.788	24	89,90%	75,82%	388
Año 2009	8.770	24	90,59%	83,01%	385
Año 2010	8.423	23	90,95%	76,64%	370
Año 2011	8.290	23	90,11%	80,59%	359
Año 2012	7.925	22	90,38%	79,61%	355
Año 2013	7.495	21	90,62%	79,37%	354
Año 2014	7.754	21	91,00%	80,90%	374



Del total de urgencias atendidas el 17,42% son de demandas de usuarios menores de 14 años.

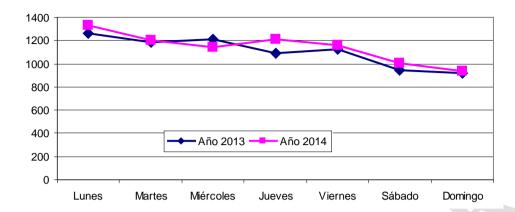
La demanda de atención urgente no sigue un patrón estacional, oscilando de manera importante entre periodos (datos acumulados desde 2003).



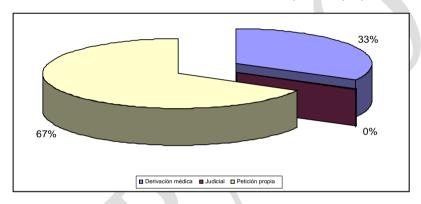
En relación a la demanda en función del día de la semana, el día de mayor actividad es el lunes:







La vía de entrada en el SUH fue debida, fundamentalmente, a petición propia:



b) RECURSOS ESTRUCTURALES:

	Año 2014
Boxes triage	1
Boxes consulta/observación	2+ 9
Boxes reanimación	1
Boxes observación/sillones	9

RECURSOS HUMANOS: 1 Coordinador + 1 Supervisor de Enfermería

	Año 2014
Médicos	7
Enfermeras	10
Aux. Enfermería	8

Ningún médico realiza guardias propiamente dichas. Uno está en turno fijo de mañana, los días laborables, y los cinco restantes hacen jornadas de 24 h. Por tanto, sólo hay un facultativo durante las tardes y noches de los días laborables y durante toda la jornada de los fines de semanas y festivos. Cada uno de ellos realiza el cómputo horario anual establecido.

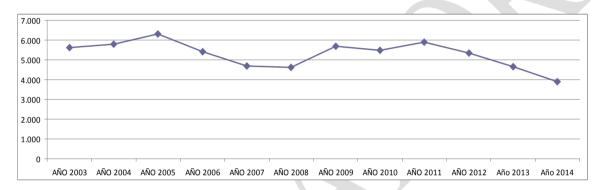




ÁREA DE SALUD DE EL HIERRO

La atención urgente en el Área de Salud de El Hierro se presta en Atención Primaria, mediante los Puntos de Atención continuada (PAC), y en el Servicio de Urgencias del Hospital Nuestra Señora de Los Reyes.

	Año 2.013	Año 2.014	Variación 2013-2014	Urg./día 2014	Urg. derivadas 2.014
El Pinar	1.320	1.095	-17,05%	4	6,39%
Frontera	3.329	2.791	-16,16%	8	6,56%
TOTAL	4.649	3.886	-16,41%	12	6,51%



En base al número de servicios de urgencias operativos en el Área de Salud de El Hierro, el ratio, en relación a la población de cobertura es de 18,73 servicios de urgencias/100.000 habitantes -1 punto de atención urgente presencial por cada 5.338 habitantes (media del SNS 1/24.338 hab.; 4 centros/10⁵ hab.).

HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LOS REYES (HNSR)

El Servicio de Urgencias del HNSR dispone de las siguientes áreas funcionales: área de admisión y recepción, área de clasificación/consulta rápida, área de críticos, área de consultas, área de observación y área de apoyo o servicios comunes.

a) ACTIVIDAD:

La evolución de la atención a la urgencia en los últimos años ha sido la siguiente:



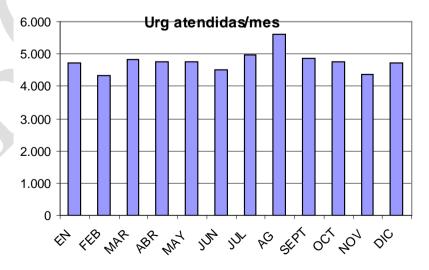


HNSR	Urg. Atendidas	Urg./día	Urg. no ingresadas	Presión urg. Hosp.	Urg./1.000 hab.
Año 2008	5.066	14	93,60%	68,24%	471
Año 2009	5.607	15	94,51%	82,45%	515
Año 2010	6.129	17	95,07%	81,94%	559
Año 2011	6.272	17	94,69%	84,99%	570
Año 2012	6.234	17	94,56%	80,52%	565
Año 2013	5.878	16	93,43%	71,50%	535
Año 2014	5.528	15	94,14%	76,78%	518



Del total de urgencias atendidas el 13,89% son de demandas de usuarios menores de 14 años.

La demanda de atención urgente mantiene un patrón bastante estable durante todo el año, con un repunte en el periodo vacacional de verano (datos acumulados desde 2003).

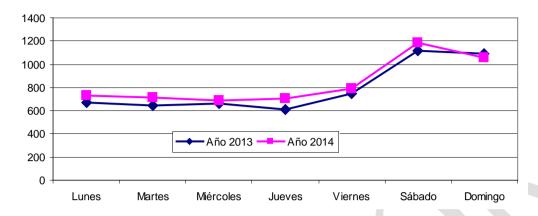


En relación a la demanda en función del día de la semana, la mayor actividad se desarrolla durante el fin de semana, hecho que le diferencia del resto de centros en los cuales la

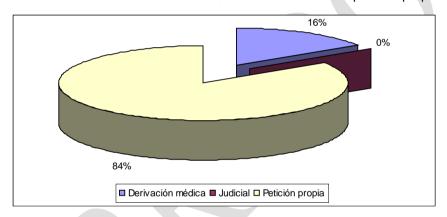




mayor actividad se produce en lunes:



La vía de entrada en el SUH fue debida, fundamentalmente, a petición propia:



b) RECURSOS ESTRUCTURALES:

	Año 2014
Boxes triage	1
Boxes consulta/observación	6
Boxes reanimación	1
Boxes observación/sillones	0

RECURSOS HUMANOS: 1 Coordinador + 1 Supervisor de Enfermería

	Año 2014
Médicos	5
Enfermeras	6
Aux. Enfermería	6





2.5. Análisis DAFO.

El principal objetivo de un análisis DAFO es ayudar a una organización a encontrar sus factores estratégicos críticos, para una vez identificados, usarlos y apoyar en ellos los cambios organizacionales: consolidando las fortalezas, minimizando las debilidades, aprovechando las ventajas de las oportunidades, y eliminando o reduciendo las amenazas.

Una vez descritas las amenazas, oportunidades, fortalezas y debilidades de la organización podemos construir la Matriz DAFO, matriz que nos permite visualizar y resumir la situación actual de la organización y definir la estrategia a seguir.

Para la realización de la matriz DAFO de la atención a la demanda urgente en nuestra Comunidad, se solicitó la colaboración de los profesionales del Servicio Canario de la Salud, englobados en los siguientes grupos: Direcciones Gerencias de Atención Primaria, Gerencias Hospitalarias y Gerencias de Servicios Sanitarios, Direcciones Médicas y de Enfermería de Atención Primaria y Especializada, Jefes de Servicio y Supervisores de Enfermería de todos los Servicios de Urgencias Hospitalarios, Profesionales designados por sus respectivos centros y participantes en los grupos de trabajo de urgencias, Jefe de Servicio de Gestión de la demanda Asistencial y Técnicos de la Dirección General de Programas Asistenciales.

Se han recibido 23 documentos de todas las área de salud. En el 30% de los casos, los informes corresponden a la evaluación consensuada de los profesionales de los profesionales del área de urgencias correspondiente.





La evaluación de los profesionales que prestan sus servicios en <u>Atención Primaria</u> ha sido la siguiente:

	DEBILIDADES			
1	Rigidez en la contratación de personal y gestión de turnos		1	Re
2	Ausencia de servicios de apoyo: limpieza, seguridad, admisión		2	Er
3	Falta de recursos para la atención domiciliaria		3	De
4	Falta de resolutividad de los servicios de urgencias		4	De
5	Falta de coordinación AP-AE-Sociosanitario		5	Hi
6	Formación deficiente en áreas específicas – pediatría		6	Tr
7	Deficiencias en las instalaciones		7	Si
8	Participación insuficiente de los profesionales en la toma de decisiones	N	8	Lis
9	Envejecimiento plantilla		9	Fa
10			10	Im
	FORTALEZAS			
1	Competencias profesionales		1	D€
2	Estabilidad RRHH		2	Int
3	Buena predisposición de los profesionales a la introducción de mejoras y asunción de competencias		3	De
4	Informatización de la Hª Clínica de Urgencias		4	Re
5	Accesibilidad para la población		5	De
6			6	
7			7	
8			8	
9			9	
10			10	

		AMENAZAS						
	1	Reducción presupuestaria						
	2	Envejecimiento de la población						
	3	Déficit atención domiciliara al paciente crónico						
	4	Déficit de recursos sociosanitarios						
	5	Historia Clínica Electrónica no integrada AP-AE						
	6	Transporte sanitario ineficiente						
	7	Sistema no centrado en el paciente						
	8	Listas de espera						
	9	Falta de concienciación de los pacientes en el autocuidado						
	10	Implantación deficiente de las TICs						
		OPORTUNIDADES						
	1	Desarrollo cuadro de mando de urgencias						
	2	Integración sistema informático AP-AE						
1	3	Desarrollo de la estrategia de atención al paciente crónico						
	4	Reorganización de los servicios						
	5	Desarrollo del III Plan de Salud de Canarias						
	6							
	7							
	8							
	9							
	10							





La evaluación de los profesionales que prestan sus servicios en cualquier nivel de <u>Atención Especializada</u> ha sido la siguiente:

	DEBILIDADES		AMENAZAS
1	Rigidez en la gestión de turnos y horarios profesionales.	1	Demanda inadecuada en relación al nivel asistencial. Educación sanitaria de la población.
2	Alta rotación profesional. No fidelización al servicio.	2	Déficit de camas hospitalarias y de recursos sociosanitarios.
3	Déficit en equipamiento informático. Problemas con la Historia Clínica Electrónica.	3	Envejecimiento de la población.
4	Infraestructuras deficientes.	4	Crisis económica. Reducción presupuestaria.
5	Ausencia de formación reglada.	5	No existencia de la especialidad de medicina de urgencias.
6	Déficit de incentivación de profesionales.	6	Uso de los servicios de urgencias como entrada al sistema y by-pass de los circuitos programados por ineficacia del sistema.
7	Aceptación de la sobreocupación del servicio como seña de identidad de las urgencias.	7	Retraso en las interconsultas y en resultados de pruebas complementarias.
8	Gestión ineficiente de los circuitos internos del servicio.	8	Ineficacia del transporte sanitario.
9	Envejecimiento de la plantilla.	9	Fuga de profesionales. Sd "burnt-out".
10	Sistemas de información/cuadro de mandos deficitarios.	10	Gestión no participativa.
	FORTALEZAS		OPORTUNIDADES
1	Calidad y competencias profesionales.	1	Mejoras en la estación clínica de urgencias en la Historia Clínica Electrónica.
2	Resolutividad del servicio.	2	Mejoras en las infraestructuras.
3	Accesibilidad para la población.	3	Nuevos planes formativos.
4	Buena disposición de los profesionales a la introducción de cambios.	4	Participación en la mejora de los sistemas de información.
5	Existencia y aplicación de protocolos sanitarios.	5	Posibilidad de reorganización asistencial.
6		6	Desarrollo de protocolos conjuntos de actuación entre especialidades.
7		7	Introducción de estrategias de calidad.
8		8	Mejora de coordinación entre niveles.
9		9	
10		10	





Gráfico DAFO-AE

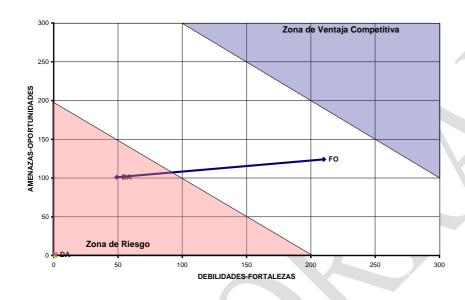
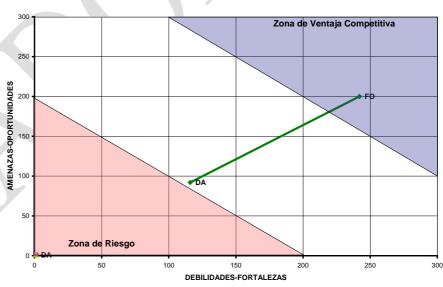


GRÁFICO DAFO AP







2.6. Problemática de las urgencias hospitalarias. Estudio Comparativo.

La demanda de atención urgente tiene unas características que condicionan su prestación: es una atención no programada y no programable aunque predecible, presenta niveles de gravedad y riesgo variable, es altamente dependiente del tiempo y genera un amplio abanico de necesidades de asistencia y niveles de cuidados.

La sobreocupación de los servicios de urgencias, extra-hospitalarios y fundamentalmente hospitalarios, ha sido un problema en nuestra comunidad y en el resto del país durante muchos años y, en ocasiones, origina casos trágicos en relación con los retrasos en la atención, con importante repercusión mediática, que incrementan el stress y la presión asistencial a la ya de por si se ven expuestos los profesionales.

Todo ello se manifiesta también como problema político. De hecho, ya se reflejó en el desarrollo histórico del plan el interés manifestado por los defensores del pueblo en dos ocasiones, la última en el año 2015, con el documento "Las urgencias hospitalarias en el Sistema Nacional de Salud: derechos y garantías de los pacientes. Estudio Conjunto de los defensores del pueblo".

El informe analiza los problemas comunes al conjunto de los servicios de urgencias, puesto que son las grandes cuestiones, en las que hay un alto nivel de coincidencia, la que resultan más determinantes para la atención que reciben los pacientes. El documento se cierra con un listado de cuarenta conclusiones.

Aborda la problemática de los servicios en relación con los medios materiales, los recursos humanos, los derechos de los pacientes, la atención a pacientes vulnerables y la calidad de la atención prestada.

De forma concreta y a modo de resumen, identifica la necesidad de ampliación o renovación de los espacios físicos dedicados a la atención de urgencias en los hospitales, aunque estas medidas en sí misma, no resuelven los problemas de presión asistencial y de saturación de los servicios, si no se introducen cambios en la organización y gestión de la realidad hospitalaria.

En los recursos humanos, incide en la necesidad de contar con la presencia suficiente de profesionales especializados y con experiencia en la atención urgente.

Recoge que las repetidas situaciones de saturación de los servicios de urgencias dan lugar a un menoscabo de la dignidad de los pacientes en ellos atendidos y puede vulnerar el





derecho a la intimidad, la seguridad y la confidencialidad de sus datos de salud. Del mismo modo recoge la necesidad de crear circuitos que favorezcan la atención a colectivos vulnerables, a las personas en situación de fragilidad, especialmente con trastornos cognitivos, enfermedad mental o discapacidad grave, con riesgo de maltrato o de exclusión social.

Por otro lado, advierte que el adecuado uso por los pacientes de los servicios de urgencias hospitalarios depende de la eficaz coordinación entre niveles asistenciales y en el espacio socio-sanitario.

Por último, manifiesta la necesidad de contar con la experiencia de los profesionales, añadiendo que los actuales métodos de gestión permiten prever el nivel de demanda asistencial a lo largo de todo el año, incluidos los periodos estivales o vacacionales, ajustando la disponibilidad de recursos, camas hospitalarias y personal, a esas previsiones.

Estás conclusiones coinciden con la situación de los servicios de urgencias hospitalarios en nuestra comunidad, ya que el comportamiento de las urgencias presenta características comunes en el territorio nacional, a pesar de que las realidades sanitarias de las comunidades autónomas son diferentes.

Si se realiza un análisis de la tasa de frecuentación por 1.000 habitantes (nº de urgencias atendidas por 1000 habitantes y año) de las urgencias hospitalarias en todo el territorio nacional, se aprecian las siguientes variaciones:

	AÑO 2010	AÑO 2011	AÑO 2012	AÑO 2013
ANDALUCÍA	644,39	661,84	634,38	646,19
ARAGÓN	529,42	544,43	532,13	531,10
ASTURIAS	464,51	463,37	474,47	463,19
ILLES BALEARS	688,25	676,56	660,48	681,35
CANARIAS	475,06	476,84	466,18	466,90
CANTABRIA	606,18	616,70	592,48	580,54
CASTILLA Y LEÓN	454,65	475,55	434,62	457,76
CASTILLA-LA MANCHA	477,01	483,28	451,77	453,47
CATALUÑA	605,91	604,61	600,27	596,56
COMUNIDAD VALENCIANA	530,48	539,24	518,24	529,84
EXTREMADURA	503,34	506,46	480,65	478,17
GALICIA	506,23	500,28	482,17	479,88
MADRID	589,94	613,88	606,29	629,62
REGIÓN DE MURCIA	627,76	630,71	614,23	631,80
C. FORAL DE NAVARRA	450,50	435,58	412,77	435,84
PAÍS VASCO	500,33	518,18	519,11	508,54
LA RIOJA	414,47	437,48	423,50	431,85
CEUTA Y MELILLA	749,86	772,37	758,17	691,95

http://pestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es/publicosns





Nuestra tasa de frecuentación no es de las mayores del país, sin embargo, la sensación de saturación de los servicios es importante y con gran repercusión social. Incluso comunidades autónomas con planes de urgencias desarrollados y en funcionamiento como las de Madrid, Cataluña y Andalucía, tienen mayores tasas de frecuentación.

Del análisis de otras comunidades se observa una variedad de la organización a la atención urgente, que probablemente responde a los condicionantes históricos y locales de cada una de ellas.

En relación a los datos de actividad, se constata que no tienen la homogeneidad ni la cobertura deseables, aun siendo conscientes de las dificultades para la recogida de estos datos, dada la variabilidad de organización de registros.

Para explicar las amplias diferencias de frecuentación serían necesarios análisis más complejos, que están fuera del propósito de este plan, pero no hay que minusvalorar los factores organizativos.

En nuestra comunidad, los servicios de urgencias presentan diferentes formas de organización, distintos criterios de dependencia jerárquica, disparidad en la cartera de servicios, formación poco homogénea en el personal médico y de enfermería, y se encuentran abocados a resolver las consecuencias de muchas de las disfunciones que día a día genera el sistema sanitario.





2.7. Conclusiones.

Se observa una variedad de la organización a la atención urgente en las distintas Áreas de Salud de la Comunidad Autónoma, que probablemente responde a los condicionantes históricos y locales de cada una de ellas.

Cabe destacar la amplia accesibilidad a los servicios de urgencias extra-hospitalarios, tanto horaria como geográfica, en todas las islas.

En relación a los datos de actividad, se constata que no tienen la homogeneidad deseable, aun siendo conscientes de las dificultades y variabilidad en la captura de los registros.

1. Demandas de Atención Urgente.

En nuestra Comunidad, la mayoría de las demandas de atención urgente en los servicios de urgencias hospitalarios se realizan a propia iniciativa del usuario, sin que se haya producido una derivación médica del paciente desde la Atención Primaria, circunstancia más pronunciada en el Área de Salud de Tenerife. Así, por término medio, en el Área de Salud de Gran Canaria, aproximadamente el 50% de los usuarios de los servicios de urgencias hospitalarios han sido derivados por un médico de familia mientras que en el Área de Salud de Tenerife ese porcentaje solo llega al 30%. El flujograma de llegada de los pacientes a los servicios de urgencias demuestra fluctuaciones a lo largo del día, habitualmente con una curva bimodal con un pico entre las 10 y las 16 horas y una demanda sostenida entre las 17 y las 20 horas. Sin embargo la dotación de médicos y enfermeras se mantiene constante o incluso disminuye en horario de tarde. Si bien esta dotación puede tener relación con el importante volumen de pacientes que permanecen en observación más tiempo del conveniente y, por tanto, generan una carga de trabajo constante, la rigidez en los turnos puede limitar la respuesta a los picos de demanda y generar retrasos en la asistencia y en la organización del servicio.

2. Atención Primaria.

En lo que concierne a la adecuación de servicios de urgencias de Atención Primaria a ratios poblacionales, demanda e isocronas: en el momento actual, el Área de Salud de Tenerife es la más deficitaria en servicios de urgencias de Atención Primaria, considerando el número de los mismos por cada 100.000 habitantes - 2,69/10⁵ hab. – siendo superior a 3 el ratio en el resto de las Áreas de Salud. Según el último informe de junio de 2014 del Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP) realizado por la Subdirección General de Información Sanitaria e





Innovación del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, la ratio de puntos de urgencias específicos extra-hospitalarios del Sistema Nacional de Salud es de 4,1 centros/10⁵ hab. (1 punto de atención urgente presencial por cada 24.338 personas).

Es necesario aumentar la resolutividad de la Atención Primaria, dotando a los servicios de urgencias con alta frecuentación y/o alejados de su centro de referencia de medios diagnósticos para que puedan asumir con garantías patología urgente no vital.

3. Servicios de Urgencia Hospitalarios.

Los recursos humanos en nuestra Comunidad son equiparables a la media nacional; los profesionales médicos por turno en hospitales, de similares características al estudio de Miró et al en el año 2014,(a excepción del HUMI, por su carácter monográfico) cumplen esta característica.

Así mismo conviene señalar la variabilidad en la definición de los SUH: la mayoría de los SUH, reciben la denominación de Servicios hospitalarios, si bien, en algunos casos, el responsable del mismo tiene la categoría de Jefe de Servicio (similar a cualquier otro del centro hospitalario) y en otros de Coordinador. Igualmente, a igual nivel asistencial, algunos centros disponen de Jefaturas de Sección definidas y en otros no.

Los servicios de urgencias de los centros hospitalarios experimentan grandes diferencias en relación a la superficie útil dedicada a esta actividad. Llama la atención la importante diferencia encontrada en las dimensiones de los servicios de urgencias, no sólo entre centros asistenciales del mismo nivel de complejidad, sino también en relación a los servicios de los centros de las islas no capitalinas. El servicio con mayor espacio físico disponible, con una diferencia con respecto a los demás de más de 1.000 m² es el del HUDrN. El servicio con menor área de trabajo útil es el del HUNSC, siendo el servicio que más urgencias atiende de toda la Comunidad, lo cual aumenta la sensación de sobreocupación del servicio. Si bien parece claro que las dimensiones del servicio no son el único condicionante en la sobreocupación de los mismos y la demora en las asistencias, tiene un alto peso específico.

El drenaje de los servicios de urgencias de pacientes con indicación de ingreso hospitalario es uno de los condicionantes de las situaciones de sobreocupación. Si bien del análisis de los indicadores funcionales relacionados con los ingresos urgentes en los hospitales en los últimos años se objetiva un incremento en la complejidad de los pacientes atendidos que





llevan implícito un mayor número de ingresos. El drenaje de los pacientes pendientes de ingreso a centros concertados o de bajo requerimiento, presentan unas demoras excesivas en los grandes hospitales, fundamentalmente en el Área de Salud de Tenerife- demora media aproximada de dos días y medio-.

Esto hecho confirma que la sobreocupación de los servicios de urgencias hospitalarios es debida fundamentalmente a pacientes enfermos que necesitan cuidados e ingreso, y no al uso de los servicios de urgencias de forma inapropiada por problemas de bajo nivel de gravedad. Así pues, reducir la demanda de los servicios de urgencias de estos últimos sólo sería una parte pequeña de la solución. Mejorar este apartado permitiría optimizar la eficiencia de los servicios de urgencias.

Cuando se produce una situación de sobrecarga en urgencias, se trata de un problema de todo el hospital, no exclusivo del SUH. El problema está basado en el propio funcionamiento del sistema sanitario y supera la capacidad individual de los hospitales para resolverlo por si solos, por tanto, requiere de una respuesta integral del sistema.

Actividad urgente en centros concertados.

El SCS tiene concertación con centros hospitalarios de titularidad privada de, entre otras prestaciones, la atención a la urgencia. El número de usuarios derivados desde dichos servicios a los hospitales de referencia ha experimentado un ascenso en los últimos años, siendo menor el número de urgencias atendidas en término medio. Al igual que en la mayoría de los servicios de urgencias, un alto porcentaje de pacientes atendidos son personas de avanzada edad y con múltiple patología, que si bien necesitan de un ingreso hospitalario para su estabilización, no suelen necesitar centros de tercer nivel para la resolución de su problema de salud.

Sería conveniente realizar un estudio que permita evaluar las condiciones de los conciertos en vigor; muchos de estos centros disponen además de la concertación de camas de hospitalización a las que se accede a través de derivaciones indicadas desde la Dirección de Área correspondiente. Así, los usuarios con criterio de ingreso hospitalario y un nivel medio de cuidados sanitarios, podrían ser ingresados en dichos centros, evitando derivaciones innecesarias y trastornos para el usuario y su familia, ya que en muchas ocasiones, tras la realización de alguna prueba complementaria en el hospital de referencia al que fueron





remitidos, son derivados nuevamente a centros concertados debido a la falta de camas y al nivel de requerimientos necesario.







III- LÍNEAS ESTRATÉGICAS y OBJETIVOS.

La atención sanitaria de urgencias tiene un gran impacto tanto en la salud de los ciudadanos como en la imagen del sistema sanitario, debido al volumen de pacientes atendidos anualmente, al envejecimiento de la población y, por otra parte, al hecho de ser en muchos casos la puerta de entrada al sistema sanitario.

Esto hace necesario invertir en la potenciación de unos servicios de urgencias de calidad, eficientes y adecuados a los cambios demográficos y de esperanza de vida que se están produciendo en la población.

Para ello, hay que poner en marcha un nuevo marco organizativo de urgencias, donde se recoja la correcta gestión de personal, la formación integral y continuada del mismo, la planificación a futuro de las infraestructuras, la adecuación de los recursos materiales, así como la puesta en marcha de programas en aras de conseguir la mejora continua.

Las líneas estratégicas sobre las que se asientan todas las medidas y acciones que se han impulsado y se están impulsando en el terreno de la atención de urgencias y emergencias son:

3.1. Las Personas en el centro del sistema.

- Garantizando la accesibilidad y la continuidad de la cadena asistencial mediante la optimización de los recursos disponibles, acercando la asistencia al usuario.
- Garantizando los derechos ciudadanos: la seguridad, la confidencialidad, la satisfacción, la participación y los derechos en general de los ciudadanos, recogidos en el documento "Unidad de Urgencias Hospitalaria, estándares y recomendaciones" del Ministerio de Sanidad y Política Social del año 2010.
- Garantizando la correcta atención a colectivos vulnerables.
- Garantizando la racionalización, eficacia, eficiencia y humanización de los servicios sanitarios públicos y privados, basadas en una gestión más autónoma y responsable.
- Desarrollando un marco laboral en el que prime la seguridad clínica del paciente, estableciendo comisiones de profesionales de urgencias que velen por ello.

✓ Objetivos:

- Aumentar la satisfacción del ciudadano con su sistema sanitario.
- Potenciar la formación y educación para la salud de la población.

3.2. Los Profesionales como principales actores del sistema de urgencias.





- Impulso a los nuevos roles profesionales en atención urgente y emergente
- Elevar la calidad técnica de las prestaciones urgentes, mediante la formación continua.
- Dignificar y reconocer las competencias profesionales de los mismos.
- Estabilizar y dimensionar adecuadamente las plantillas.

✓ Objetivos:

- Estructura sanitaria homogénea, con profesionales bien formados en el manejo del paciente urgente.
- Optimizar los recursos sanitarios existentes en cada zona básica de salud, evitando duplicidades.

3.3. Re-ordenación del marco organizativo y funcional del sistema de urgencias.

- Optimizar la coordinación de los recursos de atención urgente-emergente existentes en nuestra Comunidad, impulsando la cooperación entre los diferentes actores.
- Adaptación a los cambios de la demanda de atención urgente: del análisis de situación se constata que un porcentaje elevado de la demanda de atención urgente procede del segmento de población mayor de 65 años. Por ello es imprescindible que este Plan de Urgencias se coordine con la estrategia de cronicidad elaborada por el SCS.
- Elaboración de planes funcionales y de calidad en los diferentes servicios de urgencias, que permitan la homogeneización de los mismos tanto a nivel hospitalario como extrahospitalario dotándolos de medios técnicos que faciliten la resolutividad en los procesos asistenciales.
- Implementar medidas de mejora en el transporte sanitario de la Comunidad Autónoma en todas sus modalidades (terrestres, aéreas), con equipos cualificados, suficientes en número, con personal y dotación técnica adecuada.

✓ Objetivos:

- Mejorar la atención urgente en los diferentes niveles asistenciales.
- Disminuir la morbi- mortalidad en la asistencia urgente.
- Disminuir la presión asistencial hospitalaria.
- Mejorar la eficiencia y sostenibilidad de la sanidad pública.





3.4. Fortalecimiento de los sistemas de información de urgencias.

- Consolidación y Unificación de la Historia Digital de Salud (Drago AP-AE).
- Los sistemas de información de urgencias como herramientas para la evaluación y toma de decisiones. Elaboración de un Cuadro de Mando de la Atención Urgente y cumplimentación del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de urgencias.
- Desarrollo de la Telemedicina, que permita la interconexión en nuestra Comunidad fragmentada.
 - ✓ Objetivos:
 - Coordinar todos los recursos existentes en la comunidad, favoreciendo la continuidad asistencial





IV.- DESCRIPCIÓN DE INDICADORES. CUADRO DE MANDOS.

Objetivo: Diseñar un conjunto de indicadores que informen acerca de la actividad y la calidad de la prestación sanitaria como herramienta para la planificación de los servicios de urgencias de atención primaria y especializada orientado a sus objetivos. Será de implantación en todos los Servicios de Urgencias de la Comunidad y permitirán la evaluación de la actividad.



IV.- DESCRIPCIÓN DE INDICADORES. CUADRO DE MANDO

TIPO	UAT	URGENCIAS ATENDIDAS TOTALES*	
ACTIVIDAD	Descripción	Nº pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias en el periodo estudiado.	
	Fórmula	Nº de pacientes a los que se les abre un episodio asistencial en el Servicio de Urgencias en el periodo estudiado.	
	Fuente de datos	DRAGO-AP, DRAGO AE, SIH.	
	Periodicidad	Mensual.	
	Estándar	No procede.	

TIPO	FrU	FRECUENTACIÓN URGENCIAS*	
ACTIVIDAD	Descripción	Nº pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias en el periodo estudiado en relación a su población de cobertura.	
	Fórmula	Nº de pacientes a los que se les abre un episodio asistencial en el Servicio de Urgencias en el periodo estudiado x 1.000/ población de cobertura asignada administrativamente mediante censo.	
	Fuente de datos	DRAGO-AP, DRAGO AE, SIH. Censo poblacional del año en curso (ISTAC/INE).	
	Periodicidad	Anual.	
	Estándar	No procede.	

TIPO	UAT-día	URGENCIAS ATENDIDAS TOTALES POR DÍA*	
ACTIVIDAD	Descripción	Nº pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias en el periodo estudiado.	
	Fórmula	Nº de pacientes a los que se les abre un episodio asistencial en el Servicio de Urgencias en un mes/Nº de días del mes estudiado Para la construcción del indicador se valorarán las urgencias atendidas desde las 00:00 horas del día 1 del mes hasta las 23:59 horas del último día del mes estudiado.	
	Fuente de datos	DRAGO-AP, DRAGO AE, SIH.	
	Periodicidad	Mensual.	
	Estándar	No procede.	



TIPO	UAT-sem	URGENCIAS ATENDIDAS TOTALES POR DÍA DE LA SEMANA*
ACTIVIDAD	Descripción	Nº pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias en el periodo estudiado diferenciados por el día de la semana que se produce la asistencia.
	Fórmula	Nº total de pacientes atendidos por día de la semana en un periodo de estudio x 100/Nº de pacientes atendidos totales en el Servicio de Urgencias en el periodo estudiado.
	Fuente de datos	DRAGO-AP, DRAGO AE, SIH.
	Periodicidad	Mensual.
	Estándar	No procede.

TIPO	UAT-hora	DISTRIBUCIÓN HORARIA DE LAS URGENCIAS ATENDIDAS	
ACTIVIDAD	Descripción	Nº pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias - en cada hora – en un periodo estudiado.	
	N° de pacientes atendidos por hora/N° total de pacientes atendidos en el periodo estudiado.		
	Fórmula	En la construcción de este indicador se tomarán los valores comprendidos entre las xx:00 hasta xx:59.	
	Fuente de datos	DRAGO-AP, DRAGO AE, SIH.	
	Periodicidad	Mensual.	
	Estándar	No procede.	

TIPO	UAT-sex	URGENCIAS ATENDIDAS POR SEXOS*
ACTIVIDAD	Descripción	Nº pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias en el periodo estudiado, diferenciados entre hombres y mujeres.
	Fórmula Nº de hombres atendidos en el Servicio de Urgencias en el periodo estudiado x 100/Nº total de urgencias atendidas en el periodo estudiado x 100/Nº total de urgencias atendidas en el periodo estudiado x 100/Nº total de urgencias atendidas en el periodo estudiado x 100/Nº total de urgencias atendidas en el periodo estudiado.	
	Fuente de datos	DRAGO-AP, DRAGO AE, SIH.
	Periodicidad	Mensual.
	Estándar	No procede.



TIPO	UAT-edad	URGENCIAS ATENDIDAS POR GRUPOS DE EDAD*
ACTIVIDAD	Descripción	Nº pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias en el periodo estudiado según grupos de edad. Se consideran las siguientes agrupaciones etarias: - < 14 años - De 15 a 44 años - De 45 a 64 años - De 65 a 74 años - > 75 años
	Fórmula	Nº de pacientes atendidos para cada uno de los grupos de edad x 100/Nº total de urgencias atendidas en el periodo estudiado.
	Fuente de datos	DRAGO-AP, DRAGO AE, SIH.
	Periodicidad	Mensual.
	Estándar	No procede.

TIPO	UAT-área	URGENCIAS ATENDIDAS POR ÁREA ASISTENCIAL*
ACTIVIDAD	Descripción	Nº pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias en el periodo estudiado según área asistencial asignado en "tipo de contacto". Se consideran los siguientes circuitos asistenciales: - Área general - Área traumatológica - Área pediátrica - Área obstétrico-ginecológica - Área de psiquiatría - Área de Críticos
	Fórmula	Nº de pacientes atendidos en cada área asistencial x 100/Nº total de urgencias atendidas en el periodo estudiado.
	Fuente de datos	DRAGO-AP, DRAGO AE, SIH.
	Periodicidad	Mensual.
	Estándar	No procede.



TIPO	MotContc	MOTIVO DE CONTACTO
ACTIVIDAD	Descripción	Motivo de contacto de los pacientes con el Servicio de Urgencias. Se diferencian los siguientes motivos de contacto: - Iniciativa propia - Indicación médica - Otro (orden judicial, cuerpos de seguridad, etc).
	Fórmula	Nº pacientes que acuden al servicio por cada uno de los motivos x 100/Total urgencias atendidas.
	Fuente de datos	DRAGO-AP, DRAGO AE, SIH.
	Periodicidad	Mensual.
	Estándar	No procede.

TIPO	UIngr	URGENCIAS INGRESADAS
		Pacientes atendidos en el servicio de urgencias con criterio de ingreso hospitalario.
ACTIVIDAD	Descripción	A efectos de la construcción de este indicador se consideran urgencias no ingresadas el número de urgencias atendidas y registradas
	·	que no generan ingreso hospitalario. Se diferenciaran en función del ingreso en el propio centro o en centros concertados.
	Fórmula	(Urgencias atendidas – Urgencias no ingresadas) x 100/Urgencias atendidas.
	Fuente de datos	SIH. DRAGO-AE.
	Periodicidad	Mensual.
	Estándar	No procede.

TIPO	PrSUH	PRESIÓN DE URGENCIAS DEL SERVICIO DE URGENCIAS
ACTIVIDAD	Descripción	Pacientes que son ingresados desde el Servicio de Urgencias del Hospital en relación con el total de ingresos del periodo
	Fórmula	Urgencias ingresadas/total de ingresos del hospital (programados + urgentes).
	Fuente de datos	SIH. DRAGO-AE.
	Periodicidad	Mensual.
	Estándar	No procede.



TIPO	UrgDerv	URGENCIAS DERIVADAS
ACTIVIDAD	Descripción	Pacientes que, con criterio de ingreso en la modalidad de hospitalización, son derivados a otros centros. Se realizará una diferenciación entre: otro centro sanitario y centro sociosanitario.
	Fórmula	Urgencias derivadas a otro centro sanitario x 100/total de urgencias atendidas. Urgencias derivadas a centro sociosanitario x 100/total de urgencias atendidas.
	Fuente de datos	DRAGO-AP, DRAGO AE, SIH.
	Periodicidad	Mensual.
	Estándar	No procede.

TIPO	Fuga	ABANDONO DEL SERVICIO
PROCESO	Descripción	Nº de pacientes que son registrados en el área de admisión del SUH y que no son vistos por un médico por abandonar el servicio.
CALIDAD	Fórmula	Indicador expresado en números absolutos y en porcentaje sobre el total de urgencias registradas.
	Fuente de datos	DRAGO-AP, DRAGO AE, SIH.
	Periodicidad	Mensual.
	Estándar	1,1 – 15%.

TIPO	UAT-triage	URGENCIAS ATENDIDAS SEGÚN NIVEL PRIORIDAD DEL TRIAGE
PROCESO	Descripción	Se valorarán las urgencias atendidas y el resultado de la prioridad según sistema de triage (I-V).
	Fórmula	Nº de urgencias atendidas según resultado de cada nivel de triage x 100/Nº total de urgencias atendidas en triage
		Se facilitará un indicador por cada nivel de prioridad.
	Fuente de datos	DRAGO-AP, DRAGO AE, SIH.
	Periodicidad	Mensual.
	Estándar	No procede.



TIPO	∑T-triage	TIEMPO MEDIO DE ESPERA PARA TRIAGE
PROCESO PROCESO	Descripción	Tiempo medio que transcurre desde que un paciente accede al SU hasta que es atendido en el área de triage en un periodo estudiado.
	Fórmula	(∑hora triage - ∑hora registro en admisión)/nº pacientes atendidos en un periodo estudiado (expresado en minutos).
	Fuente de datos	DRAGO-AP, DRAGO AE, SIH.
	Periodicidad	Mensual.
	Estándar	Se considera óptimo un tiempo medio no mayor de 5 min.
	LStaridai	Igual o superior al 90%.

TIPO	∑T-cons	TIEMPO MEDIO DE ESPERA PARA PRIMERA VISITA MÉDICA
PROCESO	Descripción	Tiempo medio que transcurre desde que un paciente accede al SU hasta que es atendido por primera vez por un médico.
	Fórmula	(∑hora primera asistencia médica en la prioridad estudiada - ∑hora triage)/nº total de pacientes atendidos en la prioridad correspondiente (expresado en minutos). En términos generales, el tiempo estimado para cada prioridad se considerará. - P1: atención inmediata - P2: 15 minutos - P3: 30 minutos - P4: 120 minutos - P5: 240 minutos
	Fuente de datos	DRAGO-AP, DRAGO AE, SIH.
	Periodicidad	Mensual.
	Estándar	Igual o superior al 90% excepto para prioridad 1 que será del 100%.

TIPO	∑T-estancia	TIEMPO MEDIO DE PERMANENCIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO
		Tiempo medio de estancia de un paciente en el Servicio de Urgencias, desde que se abre el episodio clínico hasta que abandona el
PROCESO	Descripción	mismo, cualquiera que sea el motivo de alta.
		Se valorará el tiempo de permanencia en términos de agrupación horaria: <3 horas, de 3 a 6 horas, de 6 a 12 horas y > de 12 horas.
	Fórmula	(∑hora alta - ∑hora registro de admisión)/nº total de pacientes atendidos (expresado en horas).
		En la construcción del indicador se excluyen los abandonos del servicio y las altas voluntarias.
	Fuente de datos	SIH-DRAGO-AE.
	Periodicidad	Mensual.
	Estándar	



TIPO	∑T intercons	TIEMPO DE RESPUESTA ESPECIALIDADES MÉDICO-QUIRÚRGICAS
PROCESO	Descripción	Tiempo medio de respuesta de los especialistas tras interconsulta. Se incluyen todas las interconsultas realizadas a todas las especialidades de lunes a viernes hasta las 20:00 horas y las realizadas a los especialistas con guardias de presencia física en el centro sanitario tanto en días laborables como festivos y los fines de semana. Están excluidas las interconsultas solicitadas a especialidades con guardia localizada a partir de las 20:00 horas en días laborables y las 24 horas de festivos y fines de semana.
CALIDAD	Fórmula	Hora registro actividad del médico consultor – hora registro solicitud de interconsulta/ total de pacientes para los que se solicita interconsulta.
	Fuente de datos	DRAGO-AE, SIH.
	Periodicidad	Mensual/corte de prevalencia.
	Estándar	< 120 minutos.

TIPO	Ingr Observ	INGRESOS EN ÁREA DE OBSERVACIÓN (CAMAS + SILLONES)
RESULTADO	Descripción	Pacientes que son atendidos en el área de observación (camas + sillones) en relación al total de pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias.
	Fórmula	N° pacientes atendidos en observación x 100/N° total pacientes atendidos en urgencias.
	Fuente de datos	DRAGO-AE, SIH.
	Periodicidad	Mensual.
	Estándar	≤ 15%. Porcentajes superiores pueden ser un indicador de falta de adecuación de los recursos en esta área para absorber la demanda.

TIPO	Ingr desde Observ	PACIENTES INGRESADOS DESDE EL ÁREA DE OBSERVACIÓN (CAMAS + SILLONES)
RESULTADO	Descripción	Pacientes que son ingresados después de haber sido atendidos en el área de observación (camas + sillones).
CALIDAD	Fórmula	Nº pacientes ingresados desde observación x 100/Nº total pacientes atendidos en el área de observación.
	Fuente de datos	DRAGO-AE, SIH.
	Periodicidad	Mensual.
	Estándar	50%.



TIPO	Ingr. Otros	PACIENTES INGRESADOS DESDE UN ÁREA DISTINTA DE OBSERVACIÓN (CONSUTAS RÁPIDAS + TRIAGE + OTROS)
RESULTADO	Descripción	Pacientes que son ingresados después de haber sido atendidos en un área distinta del área de observación (triage, consultas rápidas, otras zonas).
CALIDAD	Fórmula	Nº total pacientes ingresados – Nº pacientes ingresados desde observación x 100/Nº total pacientes atendidos en el servicio.
	Fuente de datos	DRAGO-AE, SIH.
	Periodicidad	Mensual.
	Estándar	

TIPO	Tipo patol	CASUÍSTICA DE LA PATOLOGÍA ATENDIDA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
RESULTADO	Descripción	Tipo de patología, agrupada por grupos etiológicos, que genera la consulta en el servicio de urgencias. Hasta conseguir CMBD-U, se propone valorar la adaptabilidad de los Health Cost and Utilization Project. Emergency Department Sample– HCUPneds.
CALIDAD	Fórmula	Nº pacientes atendidos con patología correspondiente a un grupo etiológico concreto x 100/Nº total pacientes atendidos en el servicio de urgencias.
	Fuente de datos	DRAGO-AE, SIH.
	Periodicidad	Mensual.
	Estándar	No procede.

TIPO	Rev	REVISITAS < 72 HORAS
RESULTADO	Descripción	Pacientes que, habiendo sido atendidos por un médico del SUH y dados de alta del mismo, acuden nuevamente en un plazo inferior a 72 horas por el mismo motivo. Se excluyen las revisitas de pacientes obstétricas por trabajo de parto.
CALIDAD	Fórmula	N° de pacientes que acuden al SUH en menos de 72 horas > 1 vez x 100/N° pacientes aténdidos en el SUH en el periodo estudiado. Se excluyen de numerador y denominador las pacientes obstétricas que consultan por trabajo de parto.
	Fuente de datos	SIH. DRAGO-AE.
	Periodicidad	Mensual.
		Al incluir todas las readmisiones, el incumplimiento de este indicador no tiene por definición una connotación negativa. Debe utilizarse
		como señal de alarma y servir como alerta para la revisión exhaustiva de las causas de los retornos.



TIPO	Rev < 72 H	REVISITAS < 72 HORAS CON INGRESO
RESULTADO	Descripción	Pacientes que, habiendo sido atendidos por un médico del SUH y dados de alta del mismo, acuden nuevamente en el plazo de 72 horas generándose un ingreso hospitalario.
		Se excluyen las revisitas de pacientes obstétricas por trabajo de parto.
CALIDAD	Fórmula	Nº de pacientes ingresados que han solicitado nueva consulta en el SU en >72 horas x 100/Nº de revisitas en 72 horas
CALIDAD	FUITIUIA	Se excluyen de numerador y denominador las pacientes obstétricas que consultan por trabajo de parto.
	Fuente de datos	SIH. DRAGO-AE.
	Periodicidad	Trimestral.
	Estándar	<25%

TIPO	Mort	MORTALIDAD EN SUH
RESULTADO	Descripción	Pacientes que fallecen en el SUH. Se incluyen los pacientes que fallecen en el traslado para la realización de pruebas diagnósticas dentro del hospital. Se excluyen los pacientes que son considerados cadáver y no reciben ninguna maniobra de reanimación ni otros actos terapéuticos en el momento de su acceso al SUH (éxitus extramuros).
CALIDAD	Fórmula	N° de éxitus x 100/N° de pacientes atendidos.
	Fuente de datos	SIH, DRAGO-AE.
	Periodicidad	Mensual.
	Estándar	0,1%-0,4% Se recomienda la evaluación de la mortalidad ocurrida con el fin de detectar la mortalidad evitable.

TIPO	Inf Alta	INFORMES DE ALTA O DERIVACIÓN
RESULTADO	Descripción	Realización de los informes de alta o derivación a otro centro utilizando las herramientas informáticas al efecto.
CALIDAD	Fórmula	N° de informes informatizados x 100/N° total de pacientes atendidos.
	Fuente de datos	DRAGO-AP, DRAGO AP, SIH. Auditoría interna-Unidad de calidad-Servicio de Atención al paciente.
	Periodicidad	Trimestral.
	Cotándor	≥75% el primer año de implantación de la estación clínica de urgencias.
	Estándar	≥ 90% a partir del segundo año de implantación de la estación clínica de urgencias.



TIPO	SiNASP	NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES DE SEGURIDAD
CALIDAD	Descripción	Número de incidentes relacionados con la seguridad de pacientes comunicados en la plataforma del Sistema de Notificación de Incidentes – SiNASP - en un determinado plazo de tiempo.
	Fórmula	Número absoluto de incidentes notificados.
	Fuente de datos	SiNASP.
	Periodicidad	Anual.
	Estándar	No procede.

TIPO	Ident Ineq	IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
CALIDAD	Descripción	Número de pacientes que se encuentran en el servicio de urgencias que disponen de pulsera de identificación. La pulsera identificativa deberá incluir al menos dos identificadores, sin que ninguno de ellos pueda ser box, consulta o cama de observación. Se prestará especial atención a los pacientes considerados de riesgo: menores solos, pacientes con disminución del nivel de conciencia, pacientes con dificultades de comunicación (se incluyen las derivadas del idioma), pacientes con déficit sensorial y psíquico.
	Fórmula	Nº de pacientes que disponen de pulsera identificativa en buenas condiciones de lectura x100/Nº total de pacientes en el SUH en el momento del estudio.
	Fuente de datos	Auditoría interna – Unidad de Calidad.
	Periodicidad	Semestral.
	Estándar	80-90%. 100% en el caso de los pacientes considerados de riesgo.

TIPO	Reclam	TASA DE RECLAMACIONES
CALIDAD	Descripción	Reclamaciones interpuestas por los pacientes y/o sus familiares, en forma de documentación escrita.
	Nº de reclamaciones presentadas x100/Nº total de pacientes atendidos en el SUH en el periodo estudiado.	
	Auditoría interna – Atención al usuario.	
	Periodicidad	Trimestral.
	Estándar	No establecido.

Para los indicadores marcados con *, se valorarán los datos del complejo hospitalario en conjunto y de cada centro hospitalario que forma el complejo por separado.



V.- PROPUESTAS DE MEJORA Y ACCIONES DEL PLAN DE URGENCIAS SANITARIAS DE CANARIAS.

Para la reordenación del sistema de urgencias y las acciones a desarrollar consideramos cuatro principios:

- a) El comportamiento de la demanda de atención urgente es previsible, aunque con un elevado grado de incertidumbre.
- b) La gestión interna de los procesos tanto extra-hospitalarios como hospitalarios es mejorable.
- c) Los centros hospitalarios tienen la responsabilidad de colaborar y poner en marcha dispositivos de drenaje de los servicios de urgencia (existe evidencia más que contrastada en la literatura científica que demuestra que la sobrecarga de los SUH se deben en gran parte a la escasez de drenaje por falta de camas de hospitalización, entre otros motivos).

Las propuestas de mejora se centran en siete grandes áreas, se define un modelo de organización a futuro de las urgencias en la Comunidad Autónoma y se describen las acciones a desarrollar por Áreas de Salud.

- 1. Modelo de Organización.
- 2. Mejora de Procedimientos Organizativos.
- Plan de Recursos Humanos.
- 4. Población.
- 5. Sistemas de Información.
- 6. Infraestructuras.
- 7. Acciones a desarrollar.



5.1. Modelo de Organización.

Se pretende avanzar hacia un sistema integrado de prestación de servicios urgentes en nuestra comunidad que aúne los recursos humanos y que contemple programas de inmersión de profesionales de los distintos ámbitos asistenciales, con el fin garantizar la continuidad asistencial, mejorando las herramientas de comunicación, evitando duplicidades (derivaciones, pruebas, terapéuticas) y que homogeneice circuitos de atención.

Para ello se propone simplificar el modelo de atención a las urgencias, de forma que la misma sea realizada por personal específico, fundamentalmente en los centros de Atención Primaria, que disponen de servicios normales de urgencia y donde, de hecho la actividad en muchos casos, la realizan en horarios de mañana personal contratado para incidencias, que cubre esa función de forma independiente de las Unidades de Atención Familiar. Mientras se desarrolla el nuevo modelo los centros donde coexisten los dos modelos anteriores las urgencias se seguirán atendiendo por el personal bajo el sistema de puntos de atención continuada.

La propuesta define dos ámbitos, con el fin de unificar nomenclaturas y servicios.

a) Urgencias extra-hospitalarias (Servicios de Urgencias Extrahospitalarios SUEH):

1. Servicios de Urgencias Extra-hospitalarios. Dependencia orgánica: de la Gerencias de Atención Primaria y/o Gerencias de Servicios Sanitarios. Horario de funcionamiento: 24 horas, con integración en la plantilla de los mismos de los equipos de incidencias en los centros que ya lo tienen y con nuevas contrataciones en los que precisen. Las áreas de influencia se determinaran según el grado de concentración poblacional y las isocronas. Su cartera de servicios incluirá una amplia capacidad de resolución de urgencias, al disponer de la tecnología de gestión de la información y de medios diagnósticos para atender a las urgencias (laboratorio de parámetros críticos y cobertura de servicio de diagnóstico por la imagen).

Dadas las características de nuestro territorio, en determinadas zonas es necesario mantener la estructura de PAC, con cobertura horaria definida en función de la frecuentación y de la demanda, sin obviar la especial dificultad orográfica de nuestro archipiélago.



2. Servicio de Urgencias Canario (SUC). Dependencia orgánica: de GSC y dependencia funcional del Director del Plan de Urgencias.

Compuesto por los Centros Coordinadores y por recursos propios bajo coordinación y gestión directa, disponen de dos escalones de respuesta: básico y avanzado

- ✓ Ambulancias de soporte vital básico (ASVB).
- ✓ Ambulancias sanitarizadas (AS).
- ✓ Ambulancias de soporte vital avanzado (ASVA).
- ✓ Helicóptero (HM) y Avión de soporte vital avanzado (AV).
- ✓ Vehículo de intervención rápida (VIR).

c) Urgencias Hospitalarias (SUH):

- 1. Centros Especializados de Atención a las Urgencias (CEAU). Dependientes de las Gerencias de los Hospitales. Son dispositivos de mayor complejidad que disponen de infraestructuras más sofisticadas, y al mismo tiempo innovadoras, en el ámbito de las urgencias. Dispondrá de espacios que permitan atender y observar el curso evolutivo de los pacientes de riesgo y con inestabilidad clínica.
- 2. Servicios de Urgencias Hospitalarios. Dependientes de las Gerencias de los Hospitales.

El objetivo de este modelo persigue integrar servicios asistenciales urgentes, adecuar la demanda asistencial, asegurar la continuidad en la atención urgente. Eso evitaría la sensación que existe en la Atención Primaria, donde la atención urgente, está continuamente buscando su encaje, con sensación de estar a medio camino entre diferentes ámbitos asistenciales.

Este modelo integrado parte de que las urgencias son de las personas y no de las estructuras o niveles. La gestión de la atención sanitaria del Área de Salud donde se presta la atención urgente tendría que integrar a la Atención Primaria, la Atención Hospitalaria, la coordinación de flujos y el transporte sanitario. Esta integración es indispensable para una mayor eficiencia y sostenibilidad del sistema sanitario, para garantizar la calidad de la asistencia y hacer más productivo el proceso asistencial.



Por ello se propone que el modelo contemple una estructura jerárquica funcional con autoridad sobre la organización de la atención urgente (Director del Plan de Urgencias). La integración funcional de todos los dispositivos de la red de atención a las urgencias y la unificación de la responsabilidad de su gestión en la figura de un Director, son factores clave que posibilitan la mejora de la interrelación. Deberá recaer ese nombramiento en un profesional experto en la atención a urgencias y emergencias, el mismo debe hacerse por criterios técnicos y tendrá dependencia del máximo órgano de gestión de la Consejería de Sanidad. Debe ser un órgano operativo, eficiente, dinámico y cercano a los diferentes Servicios de Urgencias y a los profesionales, que vele de forma efectiva por el funcionamiento adecuado y por la coordinación efectiva de todos y cada uno de los puntos de atención a las Urgencias. Se respetará la dependencia funcional de los profesionales de cada una de las gerencias. En el proceso de consolidación de esta estructura de urgencia y a medida que se vayan produciendo jubilaciones entre el personal, las nuevas contrataciones de los SNU se realizarán con jornadas a tiempo completo e integrados, desapareciendo el modelo de guardias actual y creando una estructura jerarquizada por islas dentro de la Comunidad Autónoma con flexibilidad en la circulación de profesionales entre Atención Primaria y Especializada.

Entre las funciones del Director están:

- ✓ Coordinar los recursos y estructuras (equipos de urgencias extra-hospitalarios y hospitalarios).
- Colaborar con la Dirección General de Emergencias en el desarrollo de Planes de Emergencias y Catástrofes en las distintas Áreas de Salud de la Comunidad Autónoma.
- Coordinar la elaboración de protocolos y guías uniformes de actuación.
- ✓ Desarrollo de los planes de urgencia tanto interno como externos en todos los hospitales generales de la Comunidad Autónoma.
- ✓ Análisis sistemático y periódico de la adecuación de las derivaciones, altas precoces, casos de pacientes resueltos in situ y adopción de las acciones preventivas y/o correctoras.
- Rendir cuentas a los órganos del SCS y de la Consejería de Sanidad de la actividad.



✓ Presentación de la memoria anual de actividad y desarrollo y aplicación de los sistemas de información.

5.2 Mejora de procedimientos organizativos.

La mejora de los procedimientos organizativos se contemplan en todos los ámbitos de la asistencia a las urgencias y se modulan en tres etapas de actuación definidas de la siguiente forma:

A corto plazo: desde la aprobación del Plan, en el primer año.

A medio plazo. De uno a tres años.

A largo plazo: superior a tres años.

a) Atención Primaria.

A corto plazo:

- ✓ Homogeneizar el funcionamiento de los Servicios de Urgencias Extrahospitalarios y
 de los Puntos de Atención Continuada de Atención Primaria.
- ✓ Elaborar Planes Funcionales donde se recoja la cartera de servicios en cada Punto de Atención Continuada y Servicios de Urgencias Extrahospitalarios, que permita optimizar la actividad.
- ✓ Elaborar Planes de Contingencia para periodos de alta frecuentación en base a los criterios establecidos en el Anexo 1.
- ✓ Implementar sistemas estructurados de triage en los Servicios de Urgencias Extrahospitalarios en función de la demanda asistencial, realizado por enfermeras.
- ✓ Reordenación del sistema de cita previa en Atención Primaria, favoreciendo la puesta en marcha de consultas no demorables en los centros de salud que faciliten el acceso de la población.
- ✓ Establecer un procedimiento de coordinación específico para estos pacientes entre el Servicio de Urgencias y la Enfermería de Enlace.
- ✓ Potenciar la atención domiciliaria por parte de la Atención Primaria.
- ✓ Potenciar la figura del auxiliar administrativo en centros de alta demanda de urgencias que permitan el registro de la actividad.



A medio plazo:

- ✓ Elaborar procedimientos de coordinación de recursos y estructuras (Servicio de Urgencias Canario, Atención primaria y Hospitalaria) que aseguren la continuidad asistencial en la atención urgente mediante protocolos, procedimientos de derivación hospitalaria y guías.
- ✓ Disponer de laboratorio de parámetros críticos y cobertura de servicio de diagnóstico por la imagen, según plan de acciones por Áreas de Salud.

b) Servicio de Urgencias Canario.

A corto plazo:

- ✓ Optimizar el funcionamiento de los Centros Coordinadores de Urgencias y Emergencias, núcleo del sistema integral de atención a estas situaciones, asegurando la coordinación real y efectiva entre el SUC y los centros hospitalarios mediante la puesta en marcha de protocolos conjuntos elaborados por los profesionales de ambos centros.
- ✓ Normalizar la recogida de datos, en lo referente al transporte sanitario urgente en los dos Centros Coordinadores. Del análisis de situación se deduce que existen diferencias de criterios en la captura de la información que no favorecen la toma de decisiones.
- ✓ Revisar la red de transporte urgente, analizando y reubicando las bases de las ambulancias básicas, de las de soporte intermedio, de los equipos avanzados, así como de los equipos de emergencias aéreos y optimizar su uso, en consonancia con lo recogido en la Carta de Servicios del Servicio de Urgencias Canario (BOC nº. 213 de 2 de noviembre de 2006).
- ✓ Habilitar las dos bases de helicópteros con funcionamiento 24 horas, una por cada provincia, con el fin de optimizar los traslados urgentes y permitir el uso de los mismos en servicios urgentes.
- ✓ Revisar la red de transporte sanitario no urgente, con el fin de tomar medidas que permitan el drenaje de las altas desde urgencias y de las plantas de hospitalización,



- estableciendo tiempos de respuesta inferiores a tres horas para las altas y traslados desde urgencias a domicilio y/o otros centros.
- ✓ Normalización y evaluación en el funcionamiento del Código Ictus, ya implantado en nuestra comunidad.
- ✓ Colaborar en los Planes de Contingencia para periodos de alta frecuentación en base a los criterios establecidos en el Anexo 1.

A medio plazo:

- ✓ Elaborar un plan de actualización y mejora de las helisuperficies y helipuertos en las islas en colaboración con la Dirección General de Emergencias del Gobierno de Canarias.
- ✓ Reactivar el Plan de Emergencias Sanitarias en Catástrofes en Canarias (PLES-CAN), en colaboración con Atención Primaria, Hospitales y enmarcarlo en Plan Territorial de Emergencias de Canarias (PLATECA).
- ✓ Integración del SUC en el nuevo modelo de atención a las urgencias, continuando con dependencia orgánica de GSC.

c) Atención Especializada.

A corto plazo:

Sobre la demanda:

- ✓ Se dispondrá de la cartera de servicios de cada centro a disposición de los centros de Atención Primaria, Servicio de Urgencias Canario y Atención Especializada con el fin de favorecer la derivación adecuada de pacientes.
- ✓ Elaboración de protocolos de actuación, procedimientos y planes formativos conjuntos de manejo de patologías específicas y frecuentes en los servicios de urgencias, consensuados entre las diferentes gerencias.
- ✓ Normalización y evaluación en el funcionamiento del Código Ictus, ya implantado en nuestra Comunidad.
- ✓ Los SUH de los hospitales deben desarrollar en el plazo de un año, si no lo tienen



- realizado, un plan funcional que recoja los elementos básicos de cartera de servicios, organización y funcionamiento, definición de áreas asistenciales y funciones de los facultativos, circuitos, flujos, procedimientos asistenciales y de información, así como de relación con las otras áreas del hospital.
- ✓ Implantar Código Sepsis, Código Infarto, Código Trauma, de forma coordinada entre todos los recursos asistenciales.

Organización interna de los SUH.

- ✓ Elaboración de Planes Funcionales que permitan avanzar en el desarrollo organizativo de los servicios de urgencias, estableciendo áreas funcionales diferenciadas, dentro del mismo servicio de urgencias hospitalario (Anexo 3).
- ✓ Elaborar Planes de Contingencia para periodos de alta frecuentación en base a los criterios establecidos en el Anexo 1.
- ✓ Mejora en los tiempos de atención a las urgencias no vitales y atención inmediata a las urgencias vitales o emergencias en base a la implantación y desarrollo del sistema de clasificación- triage de los pacientes.
- ✓ Establecimiento de estándares de tiempos máximos para asistencia y alta en patologías banales (prioridades 4 y 5; máximo 4 horas), tiempo máximo hasta ingreso en Hospital (12 horas), estancia en áreas de Observación (24 horas), con el compromiso de la Dirección del Centro Hospitalario.
- Adecuar las Áreas de Observación de los Servicios de Urgencias de los hospitales a la demanda, evitando que se conviertan en áreas de hospitalización encubiertas garantizando que los pacientes permanezcan menos de 24 horas en las mismas. Dispondrán de espacio suficiente y capacidad para atender al 10% de las demandas diarias, contando con protocolos de derivación ingreso y alta claramente definidos en el manual de funcionamiento y recogidos dentro del Plan Funcional.
- ✓ Elaborar procedimientos específicos de relación y coordinación con los servicios de apoyo al diagnóstico especialistas consultores, estableciendo acuerdos en las indicaciones de exploraciones urgentes, así como en los tiempos de respuesta. El



- periodo de respuesta a las interconsultas de las especialidades y a las solicitudes de pruebas complementarias no debe exceder de dos horas, a excepción lógica de la patología cuyos niveles de gravedad no puedan admitir dicha demora.
- ✓ Creación y desarrollo de las unidades de transición en los hospitales de tercer nivel, que permitan el drenaje rápido de los SUH, como paso previo al ingreso hospitalario.
- ✓ Creación de consultas rápidas de y circuito diferenciado para los procesos banales, posibilitando la derivación automática a Puntos de Urgencias de Atención Primaria o consulta de Médicos de Familia de Centros de Salud cercanos.
- ✓ Mejora de la información a Pacientes y Familiares, favoreciendo la implantación del consentimiento informado, exceptuando las intervenciones clínicas indispensables a favor de la salud del paciente cuando existan riesgos para su integridad física o psíquica.
- ✓ Completar la informatización de los servicios de urgencias hospitalarios.

Sobre las Salidas:

- ✓ Establecer criterios de ingreso consensuadas con las diferentes especialidades, y la demora máxima permisible, nunca superior a las 24 horas.
- ✓ Elaborar un Plan de disponibilidad de camas hospitalarias con propuestas de alternativas a la hospitalización y circuitos rápidos de accesos a servicios.
- ✓ Potenciar medidas alternativas a la hospitalización convencional: hospitales de día, hospitalización a domicilio.
- Compromiso con las Direcciones de Área de Salud de un número mínimo a determinar de camas hospitalarias de bajo requerimiento que favorezcan el drenaje de pacientes.
- Creación en los hospitales de consultas de alta resolución, de referencia para urgencias, que permitan el drenaje de patología subsidiaria de ser tratada de forma ambulatoria con criterios de derivación protocolizados y consensuados, fundamentalmente en patologías tiempo-dependientes, donde el retraso diagnóstico y/o terapéutico influye negativamente en la evolución del proceso, estableciendo



compromiso de cita para Atención Especializada en un máximo de 48 horas tras ser derivado desde Urgencias.

A medio plazo:

- ✓ Normalización de la estructura organizativa jerarquizada de la atención urgente en el ámbito. Actualmente existe variabilidad en la definición de los SUH de nuestra comunidad, la mayoría de los SUH, reciben la denominación de Servicios hospitalarios si bien, en algunos casos, el responsable del mismo tiene la categoría de Jefe de Servicio (similar a cualquier otro del centro hospitalario) y en otros de Coordinador. De la misma forma a igualdad de asistencial, algunos centros disponen de Jefaturas de Sección definidas y en otros no. Cada vez más los SUH tienen menos dependencia de otros servicios, que actúan más como consultores y trabajan bajo criterios de triage o distribución preferentemente por niveles de gravedad y no por especialidad. Por ello los Servicios de Urgencias de hospitales deben ser autónomos, con una coordinación eficiente con el resto de Servicios de dicho Hospital y dependiendo de forma directa de la Dirección Médica del mismo. Se estabilizará a los responsables de los SUH (jefaturas de servicio y de sección), mediante proceso selectivo en base al Decreto 123/1999, de 17 de junio, sobre selección de personal estatutario y provisión de plazas básicas y puestos de trabajo en los órganos de prestación de servicios sanitarios del Servicio Canario de la Salud. En el Anexo 2 se recogen las características por el que se regulan las condiciones de organización y elección de los mismos. Dispondrán de un Supervisor de Enfermería, responsable del resto del personal del servicio.
- ✓ Se ha de disponer de mapas de procesos, de procedimientos normalizados, de protocolos, guías o vías clínicas.
- Colectivos Vulnerables: Desarrollar programas de identificación temprana de pacientes frágiles, con deterioro cognitivo y/o discapacidad física y elaborar circuitos prioritarios y diferenciados que permitan el acompañamiento durante el proceso asistencial, conjuntamente con el desarrollo de la estrategia de crónicos, estableciendo mecanismos de comunicación y coordinación con las residencias



socio-sanitarias del entorno. Se elaborará el mismo proceso para pacientes con enfermedad mental, favoreciendo su atención por personas debidamente formadas en el manejo de estas patologías. En los centros en que lo permita su estructura física se diferenciara la atención a la población infantil de la adulta con circuitos específicos.

A largo plazo:

✓ Potenciar los Centros Especializados de Atención Urgente, con el fin de homogeneizar la respuesta el sistema en las islas capitalinas y dar respuesta a una parte importante de las demandas urgentes, al estar dotados de medios tecnológicos para la resolución de las mismas (laboratorio de parámetros críticos y cobertura de servicio de diagnóstico). Estos permitirán además una adecuada redistribución de la demanda asistencial.

5.3. Plan de Recursos Humanos.

A corto plazo:

- Adecuación de plantillas tomando como base los criterios establecidos en el documento "Unidad de urgencias hospitalaria, Estándares y recomendaciones" editado por el MSC en el año 2010. Se tendrá en cuenta que el tiempo/médico destinado a atender a un paciente crítico o en el área de observación no es el mismo que en la zona de triage o de consultas rápidas. Los refuerzos de personal sanitario en los servicios de urgencias, sobre todo de personal de enfermería, aunque deben recogerse en los planes funcionales de los servicios, deben desarrollarse en este periodo, pactando porcentajes de sobredemanda en relación a la media del servicio, por encima de los cuales sería necesario reforzar los recursos humanos de la unidad. Esta actuación debe establecer un modelo que permita flexibilizar el balance entre las fluctuaciones de la demanda y las plantillas estáticas tanto por defecto como por exceso de efectivos. El tiempo de respuesta para atender a esta variaciones de la demanda debe ser de 24 horas en los días laborables y 48 en festivos.
- ✓ Formación específica en urgencias de las nuevas contrataciones, considerando



- como ideal un periodo de formación remunerada de tres meses previos al inicio de la actividad en los distintos ámbitos de la atención urgente. Si bien, siendo conocedores de la dificultades que esto plantea desde el punto de vista organizativo y de calidad, no se debe perder de vista que el paciente merece unos profesionales adecuadamente formados para la actividad que realizan.
- ✓ Establecer un pacto con las Organizaciones Sindicales que defina la jornada laboral adecuada, así como la optimización de las condiciones laborales de los profesionales que desarrollan su labor asistencial en los Servicios de Urgencias. Elaborar una normativa específica para atenuar la penosidad inherente a los Servicios de Urgencias, adecuando la jornada laboral en base a la Directiva Europea sobre tiempos de Trabajo 2003/88/CE, el Estatuto Marco Ley 55/2003, de 16 de Septiembre, el Estatuto de los Trabajadores Real Decreto. Desarrollando un plan de acciones para evitar la fuga de profesionales.
- ✓ Mejora de la motivación mediante incentivos relacionados con cumplimientos de objetivos, bien definidos en el marco de la normativa actual.
- ✓ Fidelización de las plantillas de urgencias favoreciendo la contratación a tiempo completo.

A medio plazo:

- ✓ Estabilización profesional de los sanitarios de urgencias y emergencias. Realizando las ofertas públicas de empleo con carácter bienal.
- ✓ Garantizar una adecuada y homogénea formación de los nuevos profesionales sanitarios que intervienen en las urgencias, realizando cursos de formación y de acreditación de la misma, certificados por la ESSSCAN. A todos los niveles de la atención a urgencias se solicitará un perfil de formación adecuado vía MIR y/o la necesidad de acreditación de por parte de la ESSSCAN y de los centros hospitalarios de un periodo práctico mínimo de tres meses.
- ✓ Elaborar un plan de previsión de necesidades de personal, teniendo en cuenta a los profesionales exentos voluntariamente de hacer guardias a los 55 años, cargas y conciliación familiar, feminización de la profesión y otros aspectos, según perfiles.



5.4. Población.

A corto plazo:

- ✓ Desarrollo de campañas informativas a la ciudadanía, mostrándole la necesidad de acudir a los servicios de urgencias sólo en aquellos casos que realmente precisen atención urgente y no para actos que pueden ser atendidos en las consultas y puntos de Atención Continuada de Atención Primaria, educando en responsabilidad a los usuarios, con publicidad institucional.
- ✓ Evaluación periódica de la satisfacción de los usuarios de los Servicios de Urgencias, valorando las expectativas de los pacientes, la calidad percibida y los resultados en salud.
- ✓ Potenciar la implantación y formación en DESA (implantación en espacios públicos, incluidos los centros sanitarios públicos y privados).

A largo plazo:

- ✓ Desarrollo de un Plan de formación a la ciudadanía de RCP-B (Centros de Enseñanza Primaria y Secundaria, asociaciones de pacientes, etc.).
- ✓ Adoptar disposiciones y normativas legales acerca de la optimización en el uso de los Servicios de Urgencias, mediante la educación sanitaria de la población.

5.5. Sistemas de Información.

A corto plazo:

- ✓ Promover la adecuada cumplimentación de la historia clínica digital mediante sesiones formativas a los profesionales de urgencias.
- ✓ Implantación de un sistema de triage normalizado y unificado en los SUH, CEAU y en los Servicios de Urgencias Extrahospitalarios con mayor demanda, que permita organizar la demanda y analizar datos.

A medio plazo:

✓ Desarrollar un sistema de información de urgencias integrado adecuado, oprecisasperativo y eficiente en el que se integren los servicios de urgencias



hospitalarias y pre-hospitalarios que permitan explotar datos y análisis sistemático y periódico de la adecuación de las derivaciones, demoras, altas, reingresos precoces, pacientes con casos resueltos in situ y adopción de las acciones preventivas y/o correctoras precisas .

5.7. Infraestructuras y Equipamiento.

A corto plazo:

- ✓ Revisar y elaborar un plan de reforma de las estructuras físicas, dotación de recursos materiales (respiradores, monitores, etc.) y adquisición de nuevas tecnologías.
- ✓ Dotación a los centros de recursos diagnósticos homogéneos y suficientes. Dotar de equipos y medios de tratamiento para la atención urgente en los puntos de atención continuada, aunque casi todos los centros disponen de desfibriladores, electrocardiografía, pulsioximetría y maletines de soporte vital.
- ✓ Dotar de POCT (técnicas de point of care) -equipos de química seca- en centros con más de 25.000 urgencias al año y a centros cuya lejanía así lo requieran. Se establecen dos niveles de implantación en función de la demanda y de la complejidad:
 - Equipamiento básico: hemograma, bioquímica básica (glucosa, creatinina, iones), urianálisis y marcadores cardíacos.
 - Equipamiento avanzado: hemograma, INR, bioquímica básica (glucosa, creatinina, iones, amilasas, proBNP, dimero D), urianálisis, marcadores cardíacos.

A largo plazo:

✓ Reforma de los espacios físicos y arquitectónicos de los Servicios de Urgencias, adaptándolos a sus necesidades funcionales y siguiendo los estándares de calidad. Deben preservar la intimidad del paciente con paneles informativos de tiempos de espera para primera asistencia y medidas de confort (música ambiental, pantallas de información sanitarias) preservando el derecho al acompañamiento de familiares, preferentemente en el caso de menores, mayores y personas con discapacidad.



- ✓ Implantar en los servicios de urgencias sistemas de telemedicina y transmisión de imágenes, que permitan la conexión entre los hospitales de islas no capitalinas y de referencia.
- ✓ Adecuación de helisuperficies cercanas a los centros de salud para facilitar posibles traslados sanitarios urgentes en helicóptero.

5.7. Acciones.

Las acciones a desarrollar se desglosan por Áreas de Salud y ámbito de atención.

TENERIFE:

a) Urgencia Extra-Hospitalaria:

Atención Primaria

- ✓ Ampliar el horario de funcionamiento a 24 horas, completando las plantillas en horario de mañana.
- Técnicas de diagnóstico por imagen mediante radiología convencional: Concluir la instalación de los equipos de radiodiagnóstico de los Centros de Salud de San Isidro y Tincer. Dotar de equipos al Centro de Salud de y Ofra. Posibilitar el uso del equipo del CAE al Servicio de Urgencias del Puerto de la Cruz y ampliar el horario de uso del equipo de Radiodiagnóstico del Centro de Salud de San Benito.
- ✓ Determinaciones analíticas mediante auto-analizadores de química seca a los servicios de urgencias de Los Gladiolos, Ofra, Tíncer, San Isidro, La Laguna, Puerto de la Cruz, La Orotava, Los Realejos y Servicio de Urgencias Pediátricas Jaime Chávez.
- ✓ En base a la población de cobertura sería conveniente evaluar la ubicación de un nuevo punto de urgencias de Atención Primaria en el término municipal de La Laguna, el cual, con una población censada de en torno a los 150.000 habitantes, dispone solo de un punto de urgencias. La zona alternativa sería en terreno en la zona Finca España por la alta densidad de población).
- ✓ Creación de un servicio de urgencias extra-hospitalario en el municipio de Candelaria, que preste cobertura a la población del Valle de Guimar y



Candelaria en edificio de nueva construcción, lo que supondría el su funcionamiento al margen del PAC de Candelaria. Se dotará de radiología y auto-analizadores.

SUC:

- ✓ Normalizar la recogida de datos en los dos Centros Coordinadores.
- ✓ Implementar el Vehículo de Intervención Rápida (VIR) con médico y enfermero durante las 24 horas, con cobertura en el área metropolitana, que además supondría la posibilidad de dotar de transporte con soporte vital avanzado a mayor número de afectados y permitiría la atención domiciliaria.

b) Urgencia Hospitalaria.

- ✓ Creación de un CEAU en el Centro de Salud de San Benito, con el fin de dar cobertura al incremento poblacional de esta zona.
- ✓ Creación de un CEAU en la zona urbana de Santa Cruz de Tenerife, en la zona
 de Salamanca
- ✓ HUNSC: las actuaciones sobre el servicio de urgencias forman parte de la última fase del Plan Funcional del centro. Las instalaciones se encuentran obsoletas y las reformas del mismo no solucionarían el problema. Se ha desarrollado un plan funcional para abordar la construcción de un nuevo servicio en terrenos anexos al edificio actual, pero esto supone una solución a medio-largo plazo. La licitación del proyecto y ejecución del nuevo servicio salió a concurso en el BOE 134 de 05/06/2015. El concurso se encuentra actualmente en fase de valoración de las ofertas presentadas por los licitadores. Con el nuevo proyecto se prevé el crecimiento del edificio actual en unos 3.000 m².

Como medida a corto plazo se ha valorando la viabilidad de utilizar un área colindante al actual servicio de urgencias sobre la que es necesaria realizar una intervención para su adecuación y conexión con el servicio actual y que permitiría ganar una superficie de en torno a los 500 m². El proyecto se encuentra supervisado y se espera licitar las obras en el primer trimestre de 2006.



✓ HUC: De manera inmediata, se están llevando a cabo obras de mejora en el servicio, consistentes en la creación de 5 nuevas camas de aislamiento en una de las zonas de Observación con las que cuenta este servicio (Observación 6). Esta misma obra comprende además la mejora de las 10 camas ya en funcionamiento en esta zona de Observación así como de otras 10 camas ya existentes en otra zona (Observación 4) conectándolas con las redes de oxígeno y vacío centrales (de oxígeno central, vacío,) reforzando también el circuito de toma de corriente y la intimidad de los pacientes.

A corto plazo, está prevista la realización de obras de adaptación de espacios colindantes al actual servicio de urgencias, con el fin de responder a determinados problemas asistenciales derivados del incremento de la demanda. La nueva unidad contará con 26 boxes individuales con todos los apoyos precisos y ocuparía una superficie de en torno a los 1.000 m². Está previsto en inicio de la obra en el primer trimestre del 2016.

Se encuentra pendiente de resolución la II fase de su Plan Funcional lo que lleva asociado una reestructuración de servicios y la posibilidad de ampliar la volumetría del servicio de urgencias y se contempla la viabilidad de construcción de un nuevo edificio que sustituya a parte de las instalaciones más obsoletas del hospital y que albergaría servicios centrales y de apoyo así como un nuevo servicio de urgencias, si bien se trata de una medida a largo plazo (área ubicada en el carril de urgencias y actualmente en desuso por problemas de estructura o en zonas colindantes ocupadas previamente por el Centro de Salud de Ofra).

GRAN CANARIA:

- a) Urgencia extra-Hospitalaria.
- ✓ Ampliar el horario de funcionamiento a 24 horas, completando las plantillas en horario de mañana.
- ✓ Técnicas de diagnóstico por imagen mediante radiología convencional. Consolidar el funcionamiento 24 horas del Centro de Salud de Maspalomas. Aumentar el horario de funcionamiento a 24 horas el equipo de radiodiagnóstico de los Centros de Salud de Arucas y Barrio Atlántico y posibilitar que el Centro



- de Salud del Calero pueda utilizar el equipamiento radiológico del futuro CAE de El Calero.
- ✓ Determinaciones analíticas mediante auto-analizadores: dotar de estos medios a los Servicios de Urgencias de El Calero, Vecindario, Maspalomas, Gáldar, Arucas, Barrio Atlántico, Tamaraceite, San José, Canalejas, Schamman, Guanarteme, Jinámar y La Aldea.
- ✓ El Centro de Salud de Guía, realizará la actividad de atención habitual de Atención Primaria y las urgencias de la zona se derivaran al CEAU de Galdar una vez empiece a desarrollar su tarea.

b) SUC:

Desarrollar el Vehículo de Intervención Rápida (VIR) con médico y enfermero durante las 24 horas, integrando a la plantilla del SEU que voluntariamente quisiera y las nuevas contrataciones con dependencia orgánica de Atención Primaria y funcional de GSC, con cobertura en el área metropolitana.

c) Urgencia Hospitalaria

- ✓ Creación de un CEAU en Centro de Salud de Maspalomas. Para ello es necesario remodelar el antiguo Centro de Salud de Vecindario y recuperar en el Centro de Salud de El Doctoral del área actualmente ocupada para pediatría y diseñada en origen en como zona de observación del servicio de urgencias.
- ✓ Creación de un CEAU en el Centro de Salud de El Calero, aprovechando las instalaciones actualmente usadas como gimnasio.
- ✓ Creación de CEAU en Centro de Salud de Gáldar. Para ello es necesario elaborar un plan funcional de mejoras en el edificio actual ya que las instalaciones actuales son deficientes para las prestaciones del mismo o bién determinar una nueva zona y construir un edificio para su instalación en zonas intermedias entre Santa maría de Guía y Gáldar.
- ✓ Creación de un CEAU en Las Palmas de Gran Canaria, zona de influencia Tamaraceite Sur, con el fin de atender al importante aumento poblacional en esta zona urbana.



✓ HU Insular: se está valorando la viabilidad de ampliar y reformar un área anexa al servicio de urgencias con el fin de incrementar la superficie asistencial.

A largo plazo y en terrenos de los que dispone el hospital sería necesario disponer de un nuevo edificio destinado a urgencias más funcional y que permita una distribución acorde con los planes funcionales estandarizados para los servicios de urgencias hospitalarios.

LA PALMA:

a) Urgencia extra-Hospitalaria.

- ✓ Ampliar el horario de funcionamiento a 24 horas, el SNU de Santa Cruz de la Palma, completando las plantillas en horario de mañana.
- ✓ Determinaciones analíticas mediante auto-analizadores: dotar de esos medios al Servicio de Urgencias de Santa Cruz de La Palma.

b) SUC:

✓ Implantar una ambulancia de SVB de 24 horas en la zona de S/C de La Palma, ya que actualmente se dispone de la ambulancia sanitarizada para atender a toda la población de la capital de la isla, la zona de Las Breñas y Puntallana.

c) Urgencia Hospitalaria

✓ Creación de un CEAU en el Centro de Salud de los Llanos de Aridane. Con la dotación propia de los mismos, mejorando el equipamiento de radiología con cobertura de 24 horas del mismo y dotándolo de auto-analizadores de química seca. Es preciso negociar con el Ayuntamiento la ampliación de ese espacio en el centro urbano o conseguir la cesión de un nueva área en el municipio.

FUERTEVENTURA:

a) Urgencia extra-Hospitalaria.

✓ Ampliar el horario de funcionamiento a 24 horas, el SNU de Puerto del Rosario completando las plantillas en horario de mañana.



b) SUC:

- ✓ Incrementar el horario de la ambulancia de SVB de Costa Calma de 12 a 24 horas
- ✓ Redefinir las funciones de la ambulancia ubicada en Morro Jable como ambulancia sanitarizada, garantizando la disponibilidad de 24 horas y la formación del personal.
- Considerar un aumento de la plantilla de médicos y enfermeras del centro, de tal manera que se pudiera "sanitarizar" y/o "medicalizar" la ambulancia básica de la zona, para cualquier servicio que lo requiera, en función de las patologías.

c) Urgencia Hospitalaria

✓ Creación de un CEAU en el Centro de Salud de Gran Tarajal. Con la dotación propia de los mismos, mejorando el equipamiento de radiología y cobertura de 24 horas del mismo, y dotándolo de auto-analizadores de química seca. La estructura actual del servicio de urgencias del centro reúne las características físicas para su implantación.

LANZAROTE:

a) Urgencia extra-Hospitalaria.

- ✓ Mantener el horario de funcionamiento con horario de 24 horas, el servicio de urgencias del Centro de Salud de Valterra, completando las plantillas en horario de mañana con el personal de incidencias, tal y como vienen realizando actualmente.
- Dotar de técnicas de diagnóstico por imagen mediante radiología convencional y de determinaciones analíticas mediante auto-analizadores al Servicio de Urgencias de Valterra.

b) SUC:

✓ Aumentar en una unidad de SVB en el municipio de Arrecife.



- ✓ Implantación de una ambulancia sanitarizada en el Municipio de Yaiza, ubicada en el Consultorio local de Playa Blanca.
- Considerar un aumento de la plantilla de médicos y enfermeras del Consultorio Local de Playa Blanca, de tal manera que se pudiera "sanitarizar" y/o "medicalizar" la ambulancia básica de la zona, para cualquier servicio que lo requiera, en función de las patologías.

LA GOMERA / EL HIERRO:

Desde el punto de vista, tanto del número de habitantes como de la demanda de atención urgente, en las islas de El Hierro y La Gomera, así como el número de servicios que se realizan con activación de médico y enfermero, no está justificado dotarlas de ambulancia medicalizada.

No obstante considerando la demanda social en ambas islas se podría aumentar la plantilla de médicos de guardia y enfermería de los hospitales, permitiendo así convertir en un recurso de soporte vital avanzado la ambulancia básica de la zona, para cualquier servicio que lo requiera. Para ello la ASVB de cobertura de 12 horas de San Sebastián de la Gomera y de El Pinar (El Hierro) pasarían a prestar servicio las a 24 horas.

Las alternativas de recursos humanos pasarían por la incorporación del personal de los Puntos de Atención Continuada y con guardias localizadas de lunes a viernes y con los refuerzos del fin de semana, a la estructura del hospital en el marco de la Gerencia única de servicios sanitarios.



VI.- IMPLANTACIÓN Y DESARROLLO DE SISTEMAS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DE PACIENTES.

En los últimos años se están introduciendo, de forma progresiva, sistemas formales de gestión de calidad, como son la certificación según las Normas ISO-9000, el sistema de acreditación de la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) y el modelo europeo de excelencia (EFQM).

Si bien resulta difícil de definir el concepto decalidad, la JCAHO, lo hace como "la medida en que los servicios sanitarios, tanto los enfocados a los individuos como a los colectivos, mejoran la probabilidad de unos resultados de salud favorables y que son pertinentes al conocimiento profesional".

Una asistencia sanitaria de calidad es aquella que se proporciona con una práctica clínica basada en pruebas, conforme a los conocimientos científicos actuales, siguiendo guías clínicas elaboradas con criterios de medicina basada en la evidencia, con el menor riesgo para los pacientes y los familiares, con la mayor eficiencia y con la mayor satisfacción para los usuarios y para el personal sanitario. En definitiva calidad y eficiencia están íntimamente unidas, de forma que no puede haber calidad asistencial en su más amplio sentido si la asistencia no es eficiente.

La calidad asistencial es un objetivo constante. Por ello, se debe considerar como una variable estratégica. No es posible hablar hoy de buena gestión si ésta no incorpora un sistema de mejora continua de la calidad, con un sistema de monitorización que mida y evalúe, de forma periódica, aspectos relevantes de la asistencia.

La acreditación de centros y servicios sanitarios es, sin duda, el método de garantía de calidad más aceptado. Podemos definirlo como el proceso de evaluación externa al que se somete una organización sanitaria, basado en la revisión de unos criterios o estándares consensuados, cuyo cumplimiento manifiesta que ese centro desarrolla su funciones con parámetros de calidad, al menos, cercanos a la excelencia.

Para ello es necesario que el SUC, los SUH y los Servicios de Urgencias de Atención Primaria con mayor demanda realicen:

- Planes Funcionales de los servicios.
- Elaboración de protocolos y criterios de derivación entre diferentes ámbitos asistenciales.



- Aplicación de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación.
- Implantación de sistemas de calidad en los diferentes ámbitos de la atención urgente.
- Parámetros de evaluación de la atención diaria, semanal o mensual analizando especialmente los incidentes de seguridad (eventos centinela establecidos en el sistema de calidad).
- Promocionar la cultura de Seguridad del Paciente mediante la asignación de dicho compromiso entre los objetivos de la Unidad.
- Implantar medidas de autoprotección para el personal sanitario (inspecciones, comunicación con Medicina Preventiva y Comisión de Prevención de Riesgos Laborales, seminarios, simulaciones...).
- Elaborar un manual de procedimientos operativos para los equipos de soporte vital avanzado que incluya una guía rápida con los diferentes procesos asistenciales integrados.
- Elaborar un plan específico de atención urgente para pacientes con problemas de salud mental.
- Elaborar un Plan específico de atención urgente para pacientes con problemas sociales.
- Establecer y aplicar estándares de calidad en la atención a las urgencias prehospitalarias (prioridades 2, 3 y 4) revisando y actualizando los procedimientos sobre la asistencia a esos pacientes. Establecer un sistema de evaluación periódica del manejo de esos pacientes en todos y cada uno de los puntos de Urgencias de Atención Primaria.

En definitiva, es preciso que el SCS avance en la acreditación de los servicios de urgencias, en base a los estándares nacionales e internacionales. La actividad debe someterse a una evaluación y crítica continua por los profesionales. Esto lejos de representar una dificultad, debe tomarse como una gran oportunidad para la puesta en marcha de programas de evaluación y mejora continua de la calidad asistencial de estas unidades. Para ello los servicios de los cuatro grandes hospitales deben pasar por un sistema de acreditación de la calidad en los próximos cuatro años y renovarlo con carácter bienal.



Para ello es básico el desarrollo de cuadros de mandos y sistemas de información fiables y un CMBD de urgencias, que garanticen la disponibilidad de la información en el ámbito comunitario y estatal, en aplicación del real decreto 69/2015 de 6 de Febrero por el que se regula el Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada.





VII.- DOCENCIA, INVESTIGACIÓN E INOVACIÓN.

El profesional de Urgencias tiene un perfil especial que lo caracteriza y diferencia de otras especialidades, pues desarrolla su labor en los terrenos más hostiles, tanto en la asistencia en Atención Primaria, Servicios de Urgencias, SUC-1-1-2 o en los Servicios de Urgencias Hospitalarios, precisando de la máxima preparación, rapidez en la respuesta, eficiencia máxima en el proceso de valoración e inmediatez en el buen manejo inicial. El manejo adecuado de los pacientes en los Servicios de Urgencias es lo suficientemente complejo como para requerir una sólida y homogénea formación de los profesionales.

7.1. Docencia.

7.1.1. Informe de Situación.

A.- Formación en Medicina y Enfermería de Urgencias (Informe de Situación).

En la actualidad, ni en España, ni concretamente en Canarias existe entre los profesionales una formación reglada y homogénea en Medicina y Enfermería de Urgencias y Emergencias (MUE). Existe variabilidad en la implantación en la formación de pregrado y es inexistente durante el período de posgrado (en forma de especialidad).

Los profesionales que desarrollan su labor en este ámbito asistencial poseen una formación muy heterogénea. Fruto de las necesidades formativas de estos profesionales, se ha desarrollado con los años un amplio abanico de propuestas formativas específicas para optimizar las habilidades y destrezas de los profesionales que prestan la primera asistencia urgente a los pacientes.

Los profesionales de Urgencias y Emergencias (Médicos, Enfermería y Técnicos de Emergencias Médicas) precisa un entrenamiento periódico en situaciones clínicas urgentes, y en escenarios simulados, que doten a los equipos intervinientes de las habilidades necesarias para poder desarrollar una labor asistencial eficiente, dentro de unos estándares de calidad mínimamente exigidos, asegurando una formación continuada de calidad. La Administración debe velar por abastecer de esas acciones formativas a los todos los profesionales, cuestión que en el ámbito de Urgencias y Emergencias es clave, garantizando el acceso a ella y estableciendo ese tiempo como parte del horario laboral.



. - Formación de pregrado:

Las Facultades de Medicina Canarias han introducido en su currículum la asignatura de Medicina de Urgencias y Emergencias (MUE), integrada en el 2º ciclo y compartidas con otras áreas del conocimiento. Se imparten en el segundo ciclo de la carrera en la ULPGC (5º Curso: Medicina Intensiva, Urgencias y Toxicología, obligatoria, semestral y valorada con 6 créditos), en la ULL (5º Curso: Farmacología Clínica, Urgencias e Intensivos, cuatrimestral y valoarda 6 créditos).

Las Universidad de La Laguna en su grado de enfermería ha introducido en su currículum la asignatura de Atención de Enfermería de Urgencias/Emergencias Sanitarias, en el 3º curso del grado con carácter semestral y obligatorio, valorada con 6 créditos. En la Universidad de Las Palmas de Las Palmas de GC, no existe ninguna asignatura específica de urgencias.

.- Formación especializada en Urgencias y Emergencias.

Existen bastantes diferencias entre los diversos países, que son debidas a condicionantes históricos, formativos, de organización del propio sistema sanitario y de necesidad de dar respuesta a los nuevos retos en materia de atención sanitaria. La especialidad de MUE existe en 13 países de Europa, Reino Unido e Irlanda – en éstos desde hace más de 20 años –, República Checa, Hungría, Malta, Polonia, Islandia, Eslovaquia, Rumanía y Eslovenia. En Francia e Italia se aprobó como especialidad en el año 2011. En promedio, la duración de la formación médica especializada es de unos 5 años. Fuera de Europa, la especialidad también está plenamente reconocida en Estados Unidos, Canadá, Filipinas, Australia, México, Argentina, Israel, Marruecos, Turquía, Argelia, etc., entre casi 100 países del mundo con la Especialidad de Medicina de Urgencias y Emergencias reconocida.

La falta de Especialidad supone un grave riesgo para la seguridad del paciente, y cuando a esta se une la de medios materiales y humanos, no puede garantizarse la calidad asistencial.

En relación con la Enfermería y, en el ámbito internacional, algunos países han optado por dar garantía de calidad creando especialidades de urgencias y emergencias, según las características propias de cada entorno, aunque se debaten aún en la búsqueda de la fórmula adecuada a su organización sanitaria, bajo la denominación de urgencias y emergencias y/o



intensivos. En los siguientes países existe dicha especialidad: Alemania, Bélgica, Dinamarca, Finlandia, Grecia, Irlanda, Luxemburgo, Holanda, Gran Bretaña, Suecia y Eslovenia.

La necesidad de formación específica y especializada de los enfermeras para cuidar a los pacientes en situación aguda está ampliamente reconocida por las personas que asumen responsabilidades asistenciales, docentes y de gestión. La carencia de este nivel de formación en enfermería hace necesario disponer de listas de contratación de personal diferenciadas para los Servicios de Urgencias y Emergencias, primando a los profesionales con formación y experiencia en este ámbito asistencial. Formación que han obtenido por vía de títulos propios de universidades y otros cursos de formación continuada.

Formación de posgrado:

- Máster en Medicina de Urgencias y Emergencias de la Universidad de La Laguna.
- Máster de enfermería de urgencias y cuidados críticos de la Universidad Europea de Canarias.

7.1.2. Propuestas:

La complejidad de la docencia en Medicina de Urgencias es evidente, a tenor de la descripción de la complejidad funcional, organizativa y asistencial que se ha reflejado anteriormente. Al contrario de lo que ocurre en el resto de las especialidades médicas, los profesionales de urgencias dedican, prácticamente, el 100% de su tiempo contratado a la labor asistencial, quedando la docencia y la investigación relegadas al voluntarismo. A pesar de ello, existe una importante actividad docente de pregrado y postgrado (MIR) en los SUH, si bien es manifiestamente mejorable.

A.- Gestión del conocimiento: Programa de formación en urgencias.

 Garantizar la formación continuada y la competencia profesional de todos los efectivos de los Servicios de Urgencias (Medicina y Enfermería de Urgencias, formación pregrado y postgrado de todos los profesionales de salud en RCP y manejo de las situaciones de urgencias más frecuentes).



- Poner en marcha un Plan de formación por competencias y por categorías profesionales, para desarrollar el trabajo en Urgencias y Emergencias a desarrollar por la ESSSCAN.
- Diseñar en la medida de lo posible un programa individual de formación continuada para cada profesional, a la medida de sus carencias y de sus áreas e interés, así como del perfil profesional necesario para el servicio.
- Computar las actividades formativas y docentes como jornada laboral.
- Desarrollo de un sistema de formación de urgencias y emergencias. Instar a los centros universitarios el desarrollo de las asignaturas de urgencias dentro de sus planes de estudios.
- Potenciar las acciones formativas y científicas inter-niveles en Urgencias.
- Convenios y alianzas entre instituciones, que favorezcan la formación práctica.

B.- Formación de la Población.

- Elaboración de material didáctico para la formación en urgencias para primeros intervinientes, escolares, universitarios y población en general, en técnicas de soporte vital básico.
- Elaborar campañas informativas para la ciudadanía, sensibilizando a los usuarios, mostrándole la necesidad de acudir a los Servicios de urgencias o llamar al Centro Coordinador sólo en aquellos casos que realmente precisen atención urgente y no para procesos que perfectamente pueden ser atendidos en las consultas de Atención Primaria.

7.2. Investigación.

Dentro de los hospitales, la investigación debe representar la tercera pata del trípode: asistir, enseñar e investigar. Tradicionalmente los índices de producción científica en medicina de urgencias se encuentran por debajo del de otras especialidades, entre otras razones por la falta de cultura científica, la escasa formación en metodología y, fundamentalmente por la actividad asistencial, que representa el 100% de la jornada laboral.

Para revertir esta situación la actividad de los profesionales de Urgencias debe contemplar el tiempo razonablemente necesario para desarrollar las actividades formativas,



docentes e investigadoras. Todo ello abocaría en una mejora de la calidad asistencial. Para ello, se debe desarrollar un plan estratégico de investigación en urgencias que elabore líneas de investigación en el área de las urgencias de manera coordinada entre los centros hospitalarios y extra hospitalarios de la Comunidad.

Se impulsará la figura de Coordinador de la investigación y es necesario potenciar e interrelacionar los grupos de investigación cooperativa en urgencias de los diferentes hospitales y sistemas de emergencias médicas, tanto localmente como entre las distintas comunidades autónomas, para que trabajen de forma coordinada y obtener así la masa crítica necesaria que permita formar una red temática de investigación cooperativa.

7.3. Innovación.

El desarrollo tecnológico de los últimos años ha permitido cambios importantes en el sector de salud en cuanto a la manera de abordar los procesos asistenciales, esto abre puertas a los servicios de urgencias para su implicación en la aplicación de las nuevas tecnologías en la práctica clínica, como el desarrollo de la ecografía como herramienta de rutina en la práctica diaria, que nos permitan estar en la vanguardia de los servicios de urgencias del país. Apostar claramente por la tecnología de la información para facilitar y promover el intercambio de conocimientos entre los profesionales con la aplicación de la telemedicina que tan útil puede ser en el ámbito geográfico en el que nos movemos. Del mismo modo se debe apostar por la innovación en la verdadera integración de los servicios de urgencias favoreciendo la concepción global del sistema.

En definitiva el objetivo es configurar el sistema de urgencias y emergencias como ámbito de desarrollo e innovación tecnológica y de gestión del conocimiento.



X.- FICHA FINANCIERA

	CONCEPTO	CAPI	CAPII	CAP VI	TOTAL
AÑO 2016	Mejora S.U. del HUC.			53.440	
	Unidad de corta estancia en el S.U. del HUC.	500.000	500.000	800.000	
	Área cuidados intermedios S.U. del HUNSC.	300.000	80.000	1.000.000	
	Obra acondicionamiento área de Rx SU Tíncer.			33.000	
	Obra acondicionamiento área de Rx SU San Isidro.			31.000	
2010					
AÑO					
2017					
AÑO 2018					



		4				
AÑO						
AÑO 2019						
ΔÑΟ						
AÑO 2020						
2020						
> AÑO 2020						
-				•		





IX.- MARCO NORMATIVO.

- Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.
- Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud.
- Resolución de 30 de noviembre de 1995 de la Secretaría General, por la que se da publicidad al Convenio Marco suscrito entre el Servicio Canario de la Salud y la empresa Urgencias Sanitarias 061 S.A. para la colaboración mutua en la prestación de servicios de atención urgente.
- Decreto 3/1997, de 21 de enero, por el que se aprueba el Plan de Salud de Canarias.
- Decreto 62/1997, de 30 de abril, por el que se regula la implantación del Servicio de Atención de Urgencias y Emergencias a través del Teléfono Único Europeo de Urgencias 1-1-2.
- Decreto 117/1997, de 26 de junio, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento de las Zonas Básicas de Salud en la Comunidad Autónoma de Canarias.
- Resolución de 10 de junio de 1998, de la Secretaría General Técnica, por la que se dispone la publicación del convenio singular entre el Servicio Canario de la Salud y Gestión Sanitaria de Canarias S.A. para la prestación de determinados servicios de atención sanitaria urgente.
- Instrucción 7/98 del Director del Servicio Canario de la Salud por la que se establece la ordenación de la prestación del transporte sanitario terrestre a pacientes beneficiarios del Servicio Canario de la Salud y su evaluación.
- Instrucción 5/99 del Director del Servicio Canario de la Salud por la que se regula la tarjeta sanitaria de las personas con deterioro cognitivo que precisan acompañamiento durante la visita médica o la atención de los servicios de urgencias.
- Instrucción 8/99 de 29 de abril de 1999 del Director del Servicio Canario de la Salud por la que se establece el protocolo de transporte aéreo medicalizado interhospitalario.
- Instrucción 9/99 de 29 de Abril de 1999 del Director del Servicio Canario de la Salud por la que se establece el procedimiento para el traslado de pacientes aceptados para trasplante cardíaco en urgencia "0".



- Orden de 21 de diciembre de 1999, por la que se determina el marco de funcionamiento del Centro Coordinador de Emergencias y Seguridad (CECOES).
- Instrucción 10/1999 del director del Servicio Canario de la Salud por la que se establecen instrucciones operativas para la solicitud por parte de los centros de atención primaria de Las Palmas de Gran Canaria y Telde del Servicio Canario de la Salud al centro coordinador del Servicio de Urgencias Canario de transporte de pacientes a centros sanitarios.
- Resolución de 5 de julio de 2000 por la que se dispone la publicación del convenio entre el Servicio Canario de la Salud y Gestión Sanitaria de Canarias S.A, para la ejecución del transporte sanitario de la Comunidad Autónoma de Canarias.
- Decreto 12/2002, de 13 de febrero, por el que se crean las categorías y modalidades de médico de urgencia hospitalaria y de médico de admisión y documentación clínica en el ámbito de las Instituciones Sanitarias de Atención Especializada del Servicio Canario de la Salud.
- Decreto 154/2002, de 24 de octubre, por el que se regula el transporte terrestre sanitario.
- Orden de 28 de febrero de 2005, por la que se aprueba la Carta de los Derechos y de los Deberes de los Pacientes y Usuarios Sanitarios y se regula su difusión.
- Decreto 225/2005, de 13 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento por el que se regula la utilización de desfibriladores semiautomáticos externos por los primeros intervinientes.
- Resolución de 4 de enero de 2006, que dispone la publicación del Convenio entre el Servicio Canario de la Salud y la empresa pública Gestión de Servicios para la Salud y Seguridad en Canarias, S.A. para la ejecución del transporte sanitario de la Comunidad Autónoma de Canarias.
- Decreto 13/2006, de 8 de febrero, por el que se regulan las manifestaciones anticipadas de voluntad en el ámbito sanitario y la creación de su correspondiente Registro.
- Resolución de 30 de marzo de 2006, de la Directora, por la que se ordena la publicación del convenio de colaboración suscrito entre el Instituto Canario de la Mujer y la empresa pública Gestión de Servicios para la Salud y Seguridad en Canarias, S.A., que le enco-



mienda la gestión del servicio de atención de la mujer víctima de violencia de género en las salas operativas del servicio de atención de urgencias y emergencias 1-1-2.

- Anuncio de 27 de septiembre de 2006, por el que se hace pública la Disposición 59/06 bis que aprueba el contenido de la Carta de Servicios del Servicio de Urgencias Canario.
- Instrucción 10/2008 del Director del Servicio Canario de la Salud por la que se establecen instrucciones operativas para la solicitud por parte de los centros de atención primaria del Servicio Canario de la Salud al centro coordinador del Servicio de Urgencias Canario (SUC) de transporte de pacientes a centros sanitarios.
- Orden de 30 de marzo de 2009, por la que se aprueba la creación del fichero de datos de carácter personal de Manifestaciones Anticipadas de Voluntad en el ámbito sanitario.
- Instrucción 31/2010, del Consejero de Sanidad por la que se modifica la Instrucción de
 29 de mayo de 2009 para la gestión del transporte sanitario
- DECRETO 99/2014, de 16 de octubre, por el que se regula la estructura organizativa para la preparación y respuesta frente a la posible aparición de emergencias sanitarias.
- Decreto 21/2015, de 26 de febrero, que modifica el Decreto 154/2002, de 24 de octubre, por el que se regula el transporte terrestre sanitario.
- Decreto 157/2015, de 18 de julio, que aprueba el Reglamento por el que se regula la utilización de desfibriladores semiautomáticos y automáticos externos por los primeros intervinientes en la Comunidad Autónoma de Canarias.



X.- BIBLIOGRAFÍA.

- 1.- Estrategias de mejora de la Atención Urgente. SCS- 2008.
- Estrategias Generales para la reordenación de las Urgencias en Atención Primaria. SCS-2010.
- 3.- Las Urgencias Hospitalarias en el Sistema Nacional de Salud: derechos y garantías de los pacientes. Estudio Conjunto de los Defensores del Pueblo. 2015.
- **4.-** Unidad de Urgencia Hospitalaria. Estándares y Recomendaciones. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2010.
- 5.- Urgencias Sanitarias en España. Situación actual y propuestas de mejora. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. 2003.
- 6.- Excelencia en Urgencias. Grupo Mensor, Servicios de Salud. 2011.
- **7.-** Plan Estratégico de los Servicios de Urgencias Hospitalarios 2011-2015. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.
- 8.- Documento Marco sobre Estándares de Calidad de Atención urgente a los ciudadanos y las ciudadanas en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias.
- **9.-** Plan de Mejora de los Servicios de Urgencias y Emergencias de Andalucía. Grupo de Trabajo de Gestión de Servicios de Urgencias y Emergencias. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. 2012.
- **10.-** Plan Funcional de la Sección de Urgencias del Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Dirección General de Asistencia Sanitaria, Subdirección de Asistencia Especializada y Gestión Sanitaria. Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias.
- 11.- Plan Integral de Urgencias de Cataluña (PIUC). Cat Salud. Servicio Catalán de la Salud
- **12.-** Manual de Indicadores de Calidad de los Servicios de Urgencias de los Hospitales. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. 2009.
- **13.-** Atención a la Urgencia Extra-hospitalaria. Organización en las Comunidades Autónomas. Instituto de Información Sanitaria Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP) 2009.
- 14- Los servicios de emergencia y urgencias médicas extra-hospitalarias en España. Joseba Barroeta Urquiza; Nuria Boada Bravo. Grupo Mensor, Servicios de Salud. 2011.
- 15.- Como innovar en la identificación y eliminación del desperdicio en las organizaciones sanitarias: Servicios de urgencias Hospitalarios. Cátedra Pfizer de Gestión Clínica. Manuel



Herrera Carranza, Francisco Aguado Correa. 2011.

- **16.-** La saturación en los servicios de urgencias hospitalarios. Pere Tudela, José Mará Modol. Emergencias 2015;27:113-120.
- **17.-** Como organizar las urgencias hospitalarias. Justo Menendez. Máster en Dirección de Unidades Clínicas de la Universidad de Murcia.
- **18.-** Aranaz Andrés JM, Martínez Nogueras R, Rodrigo Bartual V, Gómez Pajares F y Antón García P. Adecuación de la demanda de atención sanitaria en servicios de urgencias hospitalarios. Med Clin (Barc) 2004;123(16):615-8.
- 19.- Llopis Roca F, Ferré Losa C, Juan Pastor A, Martín Sánchez FJ, Sempere Montes G, Jacob Rodríguez J, Llorens Soriano P, Navarro Bustos C, Martínez Ortiz de Zárate M. Grupo de colaboradores del proyecto REGICE (Adendo 1). Análisis de los resultados de gestión de las unidades de corta estancia españolas según su dependencia funcional. Emergencias 2015; 27:109-112.
- **20.** Goicoechea Salazar J, Nieto García A, Laguna Tellez A, Larocha Mata D, Canto Casasola V, Murillo Cabezas F. Características de las urgencias hospitalarias del Servicio Andaluz de Salud durante 2012 a partir del conjunto mínimo básico de datos. Rev Esp Salud Pública 2013; 87: 587-600.
- **21.-** Oliva JA, Monmany J, Pascual L, Guardiola JM, Coma E, Madrid P, Teixell R, Ferrer F y Vázquez G. Coordinación entre servicios de urgencias. Un modelo eficaz en la planificación sanitaria. Rev Calidad asistencial 2004; 19(5):304-11.
- **22.** Roqueta Egea F, Tomás Vecina S, Chanovas Borras M. Cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias: resultados de su evolución en 30 hospitales del Sistema nacional de salud español. Emergencias 2011; 23:356-364.
- **23.-** Tejedor Fernández M, Montero Pérez FJ, Miñarro del Moral R, Gracia García F, Roig García JJ, García Moyano A. Diseño e implantación de un plan de seguridad del paciente en un servicio de urgencias de hospital. Tejedor Fernández M. et al. Emergencias 2013; 25:218-227.
- **24.-** Estimación de necesidad de personal de enfermería de una unidad; cálculos prácticos. Ángel Fernández Diez. Escuela Nacional de Sanidad 2013.
- **25.** Miró O, Escalada X, Gené E, Boqué C, Jiménez Fabrega FC, Netto C, Alonso G, Sánchez P, Sánchez M. Estudio SUHCAT (1,2 y 3): mapa físico de los servicios de urgencias hospitalarios de Cataluña. Emergencias 2014; 26: 19-56.



- **26.** Navarro Villanueva R, López-Andújar Aguiriano L, Brau Beltrán J, Carrasco González M, Pastor Roca P, Masiá Pérez V. Estudio del tiempo de demora asistencial en urgencias hospitalarias. Estudio multicéntrico en los servicios de urgencias hospitalarias de la Comunidad Valenciana. Emergencias 2005;17:209-214.
- **27.-** Tomás S, Chanovas M, Roqueta F, Alacaraz J, Toranzo T. y Grupo de Trabajo de EVADUR SEMES. Eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles. Emergencias 2010; 22: 415-428.
- **28.-** Busca P, Inchaurza E, Illarramendi A, Urbina O, González L, Miró O. Evolución de la actividad asistencial de una plantilla estable de médicos adjuntos de urgencias a lo largo del tiempo. Pablo Busca et al. Emergencias 2015;27:143-149.
- **29.-** Montero Pérez FJ, Calderón de la Barca JM, Jiménez Murillo L, Quero Espinosa F, Gracia García J, Roig García J. Gestión clínica de un servicio de urgencias hospitalario mediante un cuadro de mando asistencial específico. Emergencias 2012; 24: 476-484.
- **30.-** Guil J, Rodríguez Martín M, Ollé M, Blanco C, Modellar MT, Pedrol E. Gestión del transporte sanitario desde un servicio de urgencias. Emergencias 2009; 21: 183-185.
- **31.** Juan A, Enjamio E, Moya C, García Forteta C, Castellanos J, Pérez Mas JR, Mártinez Milán J, Lores L, Urgelles J, Robles B, Bou E, Romero C, Méndez C, Saavedra J, Céspedes M, Morera M, Vera R, Férriz C, Tor S, Ramón R. Impacto de la implementación de medidas de gestión hospitalaria para aumentar la eficiencia en la gestión de camas y disminuir la saturación del servicio de urgencias. Emergencias 2010; 22: 249-253.
- **32.-** Montero Pérez FJ, Calderón de la Barca Gázquez JM, Jiménez Murillo L, Berlango Jiménez A, Pérula de Torres L. Situación actual de los servicios de urgencias hospitalarios en España, descripción general y análisis de la estructura física y funcional (I, II, III y IV). FJ Montero Pérez et al. Emergencias 2000; 12: 226-268.
- **33.-** Modelo predictor del ingreso hospitalario desde el servicio de urgencias hospitalario. Tesis Doctoral. Carlos Maria Elvira Martínez. Madrid, 2.012.
- **34.-** Howard Owens. Saturación de los servicios de urgencias. Una propuesta desde el sistema para un problema del sistema. Emergencias2010; 22:244-246.
- **35.-** Recomendación profesional de la Sociedad española de Enfermería de Urgencias y Emergencias sobre ratios de enfermería en la atención de urgencias hospitalarias.



36.- Sistema de Acreditación para Servicios de Urgencias y Emergencias. Normas de Acreditación para Servicios de Urgencias de Atención Primaria. SEMES 2004. I Pérez-Montaut et al .





XI.- ANEXOS.

ANEXO 1. PLANES DE CONTINGENCIA.

Históricamente se objetiva un incremento estacional de la demanda de atención urgente, en números absolutos, en el periodo comprendido entre octubre y marzo de cada año y la tendencia es a concentrar una mayor afluencia de pacientes en horario de mañana (de 11 a 16 horas) con un nuevo pico a última hora de la tarde y primera de la noche.

En esos periodos se producen una serie de hechos relevantes a considerar: el incremento de la frecuentación, aumento de reagudizaciones de pacientes crónicos por el cambio climatológico, el aumento de la media de edad de los pacientes y el incremento de la necesidad de ingresos de pacientes en el hospital derivados de las comorbilidades.

A pesar de que del análisis de la tendencia se constata que el aumento de la demanda es previsible, frecuentemente se producen episodios de saturación de las áreas de Urgencias que generan sensación de descontrol, que es amplificado por los medios de comunicación, y que genera una imagen de caos asistencial.

Por ello, se hace necesario elaborar planes de contingencia que contemple actuaciones a todos los niveles de la cadena asistencial que deberían estar en plena capacidad operativa en el mes de noviembre.

El Plan de contingencia se basa en tres pilares fundamentales:

- 1.- Análisis de situación mediante la evaluación continua de Indicadores de Actividad de los servicios de urgencias. Para ello se monitorizará diariamente la demanda y el nivel de ocupación de todos los Servicios de Urgencias, estableciendo tres niveles de alarma que determinarán las actuaciones a llevar a cabo.
- 2.- Sistema de respuesta con tres niveles de activación en correlación con los tres niveles de alarma:
 - En primer lugar medidas internas orientadas a garantizar la atención urgente,
 aprovechando los medios propios y existentes, a través de pautas organizativas.



- Medidas orientadas a reforzar los recursos humanos y materiales destinados a la atención en Urgencias y en el resto de departamentos de hospitalización, Atención Primaria, Atención Domiciliaria y colectivos o servicios implicados, unidades de transición, pre-alta o unidades de corta estancia.
- Medidas orientadas a descongestionar los espacios asistenciales con apoyo de las Direcciones de Área, de Centros Socio-Sanitarios con apertura de camas convencionales.

Todos los planes deben ser consensuados entre las Gerencias y las Direcciones de Área y conocidos y validados por la Dirección del SCS.

A nivel hospitalario.

1.- Servicio de Urgencias: Plan elaborado por la Jefatura del Servicio y Urgencias, conocido y compartido por todos sus miembros y aprobado por la Dirección del centro.

Las actuaciones a contemplar en el SUH son:

A. Recursos. Deben estar definidos de forma fehaciente los recursos de personal y materiales (camas de observación y sillones), tanto de forma habitual, como posibles ampliaciones del espacio destinado a observación.

- B. Protocolos. Se diseñaran con el objetivo fundamental de tratar al paciente con las debidas garantías en el período de duración del Plan, fundamentalmente en patologías prevalentes: cardiopatía isquémica; insuficiencia cardíaca; reagudizaciones de pacientes con patología respiratoria y descompensaciones de pacientes pluripatológicos por procesos infecciosos de vías respiratorias altas y/o bajas.
- C. Mejora de la Capacidad de Resolución. Estableciendo criterios de ingreso, y periodos máximos de observación según la patología, flexibilizando los horarios de trabajo en función de los picos de demanda y aprovechando otros recursos del hospital como Hospitalización Domiciliaria, Hospitales de Día.
- 2.- Conjunto del Hospital: Serán lideradas por la Dirección del Hospital, con la participación y el compromiso del Servicio de Urgencias y de aquellos servicios médicos y



quirúrgicos a los que el servicio de urgencias presta, mayoritariamente, la atención y estabilización en las primeras horas de sus enfermos. Para ello:

A. Se creará una Comisión en la que participen todos los servicios afectados por el aumento de demanda, que reasigne camas y establezca compromisos con los mismos de disminución de estancias medias, flexibilizando los criterios de alta hospitalaria. Los Servicios Médicos deben ser capaces de gestionar sus picos de ocupación y acortar la estancia media en los pacientes hospitalizados.

B. Creación de un número diario de consultas preferentes destinadas a pacientes remitidos desde el servicio de urgencias del hospital, que faciliten el drenaje de patología que puedan ser estudiadas de forma ambulatoria.

A nivel de Atención Primaria.

Serán lideradas por las Gerencias de Atención Primaria, definiendo las medidas a tomar en los Centros de Salud. Las medidas tanto a los centros de salud como los servicios normales de urgencias e incluirán:

- A. En los pacientes crónicos estables: aumento del control durante el periodo de activación del plan de contingencia, potenciando la atención domiciliaria, tanto médica como de enfermería, en los pacientes más vulnerables.
- B. Flexibilizar las agendas de modo que la actividad programada se disminuya los lunes y día posterior a festivo así como los viernes, para dar más cabida al incremento de demanda urgente.
- C. Reforzar los Puntos de Atención Continuada y Servicios Normales de Urgencias.
- D. Aumentar las sustituciones de los profesionales ausentes.

Actuaciones en otros ámbitos

A. Las Direcciones de Áreas iniciarán acciones encaminadas a aumentar la oferta de camas concertadas y para pacientes con problemas sociosanitarios, de larga estancia, en estado vegetativo, o que sólo requieran cuidados mínimos de enfermería y/o paliativos. Para ello se establecerán medidas de coordinación con las unidades de geriatría y de atención a pacientes crónicos y pluripatológicos, en caso de existir, pa-



- ra la derivación directa de pacientes diagnosticados y tratados con procesos de agudización.
- B. Por parte del Centro Coordinador de Urgencias SUC,1-1-2, se potenciará la interconsulta telefónica para aclaración de dudas acerca de la utilización de recursos y de manejo de patologías banales.
- C. La Mesa de Transporte coordinará las altas hospitalarias con el fin de favorecer el drenaje de los hospitales.
- D. Difusión a la población: se activará la campaña informativa a la población informando de la localización, horarios y dotación de los distintos Centros de Salud/ Servicios Normales de Urgencias y sobre la utilización racional de los recursos asistenciales.

ACTIVACIÓN DEL PLAN.

El plan se activará cuando se produzca:

A nivel hospitalario.

- 1. Incremento del 20 % en el número de urgencias que acuden al hospital en el periodo de una semana, en relación a la media habitual.
- 2. Incremento del 20% en el número de pacientes que se encuentran en observación y están pendientes de ingresar en el hospital sobre la media semanal del servicio.

A nivel de Atención Primaria.

- 1. Incremento del 20% de la demanda de atención de urgencias que acuden al Centro de Salud en el periodo de una semana.
- 2. Incremento del 10% en el número de pacientes que solicitan atención domiciliaria con respecto a la media del centro.

Actuaciones en otros ámbitos

- 1. Dirección de Área: incremento del 20% de solicitudes de centros concertados en comparación con las semanas previas.
- 2. Centro de Coordinación SUC- 112-. Incremento del 25% de demandas totales telefónicas de atención urgente.

CRITERIOS DE SOBREOCUPACION DEL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO.



Del mismo modo, se recogen a continuacón los criterios de saturación los Servicios de Urgencia Hospitalario de Boyle et al., adaptado por Tudela P. en la revista Emergencias 2015; 27:113-120, como válidos para su aplicación en nuestra Comunidad.

- ✓ Dificultades en la ubicación de pacientes que acuden con ambulancia (> 15 minutos).
- ✓ Pacientes que se marchan sin ser valorados > 5%.
- ✓ Demora > 5 minutos en el proceso de triaje.
- ✓ Índice de ocupación del SUH > 100 %.
- ✓ > 90% pacientes con estancia > 4 horas.
- ✓ Retraso en la valoración diagnóstica de pacientes (> 30 minutos).
- ✓ Retraso en el ingreso hospitalario una vez se ha tomado la decisión (< 90% de los pacientes ingresan en las 2 primeras horas después de la decisión).
- ✓ Elevado porcentaje de pacientes en el SUH que esperan cama de ingreso (> 10%).

PAUTAS DE ACTUACIÓN

Tras la elaboración de los planes de contingencia de cada gerencia hospitalaria ante situaciones de aumento de demanda asistencial en los servicios de urgencias en función de los pacientes pendientes de ingreso, o de número de urgencias atendidas. Se emiten las siguientes indicaciones de actuación:

- 1.- El Jefe del Servicio de Urgencias o en su defecto el Jefe de la Guardia del hospital deberá comunicar al Director Médico o al Directivo de guardia la situación del servicio de urgencias, indicando: nº de pacientes atendidos, nº de pacientes en espera de ingreso en el hospital o en centro concertados y si es posible en función del centro conocer la demora en la asistencia a pacientes desde el área de triage.
 - 2.- Si la situación fuese excepcional se contactara con el Directivo de guardia del SCS.
- 3.- En cada centro, y como parte del funcionamiento habitual ante en esta situación se creará una Comisión de Seguimiento de la que formarán parte los jefes de los servicios con camas de hospitalización, con el fin de agilizar las altas, particularmente las especialidades de Medicina Interna, Neumología, Digestivo y Cardiología. En los servicios quirúrgicos se



suspenderán ingresos para procedimientos o cirugía programada, excepto la patología oncológica y se priorizará la programación de la cirugía sin ingreso.

- 4.- Por parte de las gerencias se adecuará la plantilla de urgencias a las necesidades de la demanda.
- 5.- Las Gerencias contactarán con los Directores de Área, para facilitar el drenaje de pacientes a centros concertados y la posibilidad de concertación de nuevas camas.
- 6.- Las Direcciones de Área establecerán un dispositivo que dé cobertura a la gestión de camas los fines de semana.
- 6.- Se contactará con el SUC (Mesa de Transporte) para agilizar altas. Esta empresa pública valorará la necesidad de contratar más ambulancias y deberá priorizar el drenaje de las altas hospitalarias frente a otras demandas.





ANEXO 2.-

XXXXXX -----/2015 POR EL QUE SE CREAN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS EN EL SERVICIO CANARIO DE LA SALUD.

La Constitución Española, en su artículo 43 reconoce el derecho a la protección de la salud y establece que compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública, a través de las medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. Por su parte, el artículo 33.4 del Estatuto de Autonomía de Canarias, establece que la Comunidad Autónoma de Canarias podrá organizar y administrar los servicios relacionados con las materias que el mismo artículo indica -entre las que se incluye la sanidad interior, ejerciendo también la tutela de las instituciones, entidades y fundaciones.

Conforme a lo dispuesto en el artículo 4 de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias (LOSC), la organización y funcionamiento del Servicio Canario de la Salud se deberá ajustar a los principios de economía, flexibilidad y eficacia en la asignación y la gestión de los recursos y medios puestos a disposición; así como al principio de eficacia, como parte de la calidad en la prestación de servicios.

El artículo 91 de la citada Ley territorial establece que reglamentariamente se regulará la composición, organización y funcionamiento de los órganos de los establecimientos hospitalarios. A tal fin, el órgano competente adecuará la estructura organizativa prevista en esta Ley a las necesidades organizativas de los hospitales del Servicio con el objetivo de conseguir optimizar los recursos públicos y la eficacia y eficiencia en su gestión.

Por su parte, el artículo 92 de la LOSC, establece que el Gobierno de Canarias regulará reglamentariamente las siguientes materias:

- a) Los criterios para garantizar el nivel de calidad asistencial de los centros y la eficacia y eficiencia de la gestión económica de los mismos.
- b) El sistema integral de gestión de los centros y establecimientos del Servicio Canario de la Salud que permita:
 - Implantar una dirección por objetivos y un control por resultados.





- Delimitar claramente las responsabilidades de dirección y gestión, y establecer un adecuado control en la evaluación de los diferentes parámetros que influyen, de modo preponderante, en los costes y la calidad de la asistencia.
- La estructura orgánica de dirección, gestión y administración de los centros y establecimientos que permita la implantación de una dirección participativa por objetivos y un control por resultados.
- Los sistemas para formar personal especialista en dirección, gestión y administración sanitarias.

La propia naturaleza de la atención sanitaria de urgencias aconseja dotar, a los hospitales del Servicio Canario de la Salud, de unos servicios de urgencias con personal médico específico cuya actividad se desarrolle en ese ámbito, hecho que fue recogido en el Decreto 12/2002, de 13 de febrero, por el que se crean las categorías y modalidades de médico de urgencia hospitalaria y de médico de admisión y documentación clínica en el ámbito de las Instituciones sanitarias de Atención Especializada del Servicio Canario de la Salud.

En la realidad organizativa vigente en el Servicio Canario de la Salud, el servicio de urgencias hospitalario se establece como un área médico-asistencial dotada de plena virtualidad y se adscribe a las direcciones médicas de los hospitales. De esta forma, el servicio de urgencias hospitalario se configura como un servicio más del área médica hospitalaria, con una estructura organizativa estable y con unos objetivos asistenciales, docentes, de investigación y gestión específicas y propias del servicio. Los servicios de urgencias tienen cada vez menos dependencia de otros servicios, que actúan cada vez más como consultores, y trabajan bajo criterios de distribución preferentemente por niveles de gravedad y no por especialidad.

En su virtud, a propuesta de la Consejería de Sanidad, de acuerdo con el Dictamen del Consejo Consultivo de Canarias y previa deliberación del Gobierno en su reunión de.....





DISPONGO:

Artículo 1.- Objeto.

El presente XXXX tiene por objeto regular la creación de los Servicios de Urgencias Hospitalarios en los Hospitales del Servicio Canario de la Salud.

Artículo 2.- Ámbito de aplicación.

Este documento será de aplicación para todos los hospitales de la red pública del Servicio Canario de la Salud, adaptando, lo en él recogido al nivel asistencial y la cartera de servicios de cada centro según la normativa autonómica en vigor.

Artículo 3.- Personal.

Todo el personal que venga desarrollando actualmente su actividad profesional en un Servicio de Urgencias Hospitalario quedará adscrito al mismo.

Artículo 4.- Jefatura de Servicio.

La figura actual de Coordinador del Servicio de Urgencias pasa a denominarse Jefe del Servicio de Urgencias, siéndole de aplicación lo recogido en la Orden de 31 de octubre de 2012, por la que se regula el procedimiento para la provisión de los puestos de Jefatura de Servicio y de Sección de carácter asistencial en las unidades de asistencia especializada de los órganos de prestación de servicios sanitarios del Servicio Canario de la Salud y la posterior Orden de 20 de noviembre de 2012, por la que se corrigen errores en la Orden de 31 de octubre de 2012, por la que se regula el procedimiento para la provisión de los puestos de Jefatura de Servicio y de Sección de carácter asistencial en las unidades de asistencia especializada de los órganos de prestación de servicios sanitarios del Servicio Canario de la Salud.

El Jefe de Servicio asume, bajo la dependencia de la Subdirección Médica o de la Dirección Médica del centro hospitalario según proceda, la dirección y gestión del personal médico y del equipamiento adscrito al Servicio de Urgencias. Siguiendo un criterio motivado y, previa aprobación de la Junta Técnica Asistencial y de la Comisión de Dirección, se podrá modificar esta dependencia.





Artículo 5.- Funciones del Jefe de Servicio.

El Jefe de Servicio desarrollará funciones de carácter asistencial, docente-investigador, organizativas y de gestión:

Controlar y evaluar la calidad de la atención prestada en todas las áreas del servicio.

- Promover, planificar y evaluar mecanismos que permitan mantener los registros necesarios para conseguir Historias Clínicas completas y rigurosas, en base a la normativa en vigor y asegurando la protección a la intimidad de los usuarios.
- Jerarquizar y distribuir con precisión las distintas funciones y responsabilidades de todos los integrantes del equipo médico del servicio.
- Planificar, organizar, dirigir, coordinar, supervisar y controlar la actividad global de su Servicio de acuerdo con las normas establecidas reglamentariamente, velando por la eficiente organización y funcionamiento del mismo y proponiendo a la Dirección del Hospital las disposiciones internas que las complementen.
- Asignar a cada paciente atendido en cualquier área de su Servicio un Médico Responsable. Se entiende por Médico Responsable el profesional médico de su plantilla que asume la dirección del plan de asistencia de dicho paciente en lo referente al diagnóstico, tratamiento y cuantas actividades se generen en la evolución del problema de salud mientras permanezca en el servicio.
- Planificar y asignar las horas médicas suficientes para cubrir la demanda en atención continuada, de acuerdo a los recursos existentes y considerando las consultas médicas y los procedimientos diagnósticos y terapéuticos a que den lugar.
- Organizar, supervisar y controlar la actividad global del Servicio reasignando tareas y/o recursos con el fin de no generar demoras en la prestación de la asistencia, en cualquier área de su servicio, achacables al mismo.
- Definir, organizar y establecer los circuitos para la derivación de pacientes con criterios de ingreso a otros centros hospitalarios de igual o distinto nivel asistencial, colaborando con el Servicio de Admisión.
- Organizar y asegurar circuitos de información a usuarios y/o familiares de la evolución de los procesos clínicos.
- Participar en el desarrollo y mantenimiento de los sistemas de información del centro y los relacionados con su actividad.





- Promover, planificar, ejecutar y evaluar la formación continuada, de acuerdo a las necesidades detectadas, del personal profesional a su cargo.
- Colaborar en los programas de estudio de pre y post grado, según corresponda, de acuerdo a los convenios docente asistenciales vigentes, informando los cupos máximos de alumnos para cada nivel o área clínica.
- Organizar sesiones clínicas y/o bibliográficas, al menos con periodicidad semanal, y promover la realización de sesiones multidisciplinares con otros servicios relacionados con la actividad prestada en su Servicio.
- Promover, incentivar y colaborar en el desarrollo de líneas de investigación en áreas estratégicas.
- Organizar, supervisar, controlar y evaluar los mecanismos de cooperación con el resto de los dispositivos de atención a la asistencia sanitaria urgente.

Artículo 6.- Sección.

La figura del Jefe de Unidad de Urgencias pasa a denominarse Jefe de Sección, siéndole de aplicación lo recogido en la Orden de 31 de octubre de 2012, por la que se regula el procedimiento para la provisión de los puestos de Jefatura de Servicio y de Sección de carácter asistencial en las unidades de asistencia especializada de los órganos de prestación de servicios sanitarios del Servicio Canario de la Salud y la posterior Orden de 20 de noviembre de 2012, por la que se corrigen errores en la Orden de 31 de octubre de 2012, por la que se regula el procedimiento para la provisión de los puestos de Jefatura de Servicio y de Sección de carácter asistencial en las unidades de asistencia especializada de los órganos de prestación de servicios sanitarios del Servicio Canario de la Salud.

La creación de una sección debe responder a criterios de mejora organizativa y debe ir asociado a criterios de idoneidad, recursos humanos, necesidades del servicio y entorno presupuestario.

En caso de que sea necesario se podrán crear secciones en función de la cartera de servicios del centro hospitalario, siguiendo un criterio fundamentado y previa aprobación de la Junta Técnica Asistencial y de la Comisión de Dirección.





Cada una de las secciones estará dirigida por un Jefe de Sección.

El Jefe de Sección ostenta la Jefatura del personal médico asignado a su Sección, asumiendo la responsabilidad de alcanzar los resultados esperados de la Sección a través del personal de la misma.

El Jefe de Sección desarrollará funciones de carácter asistencial, docente-investigador, organizativas y de gestión, que le serán delegadas por el Jefe de Servicio al objeto de mejorar la actividad del mismo.

Desempeñará la actividad asistencial que le permita cumplir con estas funciones y que será definida por el Jefe de Servicio.

Disposición adicional

De acuerdo con el valor de igualdad de género y en garantía de cualquier discriminación por razón de sexo por dicho motivo, todas las denominaciones que en el presente Decreto se efectúan en masculino genérico se entenderán aplicables indistintamente a hombres y mujeres.

Disposiciones finales

Primera.-El presente Decreto entrará en vigor a los treinta días de su publicación en el Boletín Oficial de Canarias.

Segunda.-Se faculta al/la Consejero/a de Sanidad para dictar las normas y acuerdos precisos para el adecuado desarrollo y aplicación de lo previsto en el presente XXXX.





ANEXO 3.- PLAN FUNCIONAL

GUÍA DE PLANIFICACIÓN Y DISEÑO DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN CANARIAS

OBJETIVO

El objetivo de la presente Guía es facilitar el desarrollo de una infraestructura orientada hacia la atención urgente, con locales, circuitos y materiales específicamente dedicados a dicha actividad, homogeneizando la oferta asistencial en estructura y organización.

ESTRUCTURA FUNCIONAL GENERAL

Los SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS (SUH) se consideran, desde el punto de vista de la jerarquización, un servicio hospitalario más, con capacidad funcional y organizativa en la gestión de sus propios recursos. Su estructura física y funcional debe adecuarse en relación con la cantidad de demanda asistencial que soportan, el nivel del centro hospitalario donde se encuentra ubicado y a su cartera de servicios. El acceso al mismo debe ser independiente del resto de las dependencias hospitalarias, correctamente señalizado, y contar con un servicio de admisión específico.

La MISIÓN del servicio de urgencias hospitalario es atender a cualquier usuario que demande asistencia sanitaria urgente, en el menor tiempo posible y con la máxima eficiencia. Para lograrlo, el servicio de urgencias hospitalario deberá adaptar su cartera de servicios a su realidad para ofertar aquellas prestaciones sanitarias con rentabilidad social para que sean eficaces, efectivas y eficientes y al mismo tiempo y, además, adaptará su organización interna para que tenga como centro al ciudadano en calidad de cliente y a la comunidad como referencia.

La cartera de servicios de los servicios de urgencia hospitalarios debería incluir al menos:

- o Atención sanitaria a la urgencia y emergencia, tanto de adulto como pediátrica.
- Atención al paciente grave con área de reanimación.





- Área obstétrico-ginecológica.
- Área de traumatología.
- Área de observación.
- Diagnóstico por imagen (radiología convencional, ecografía, tomografía computarizada)
- Laboratorio de análisis clínicos.
- o Atención personalizada e información al usuario.
- Investigación sanitaria.
- Docencia pre y postgrado.

Es imprescindible que cada servicio y, dentro de la estructura global del centro hospitalario, tenga desarrollado su PLAN FUNCIONAL.

En cuanto a los accesos al centro, se deberán cumplir las disposiciones de la Ley 8/1995, de 6 de abril, de accesibilidad y supresión de barreras físicas y de la comunicación (BOC nº 50 de 24 de abril de 1995), y Decretos posteriores que desarrollan la Ley, prestándose atención especialmente al cumplimiento de la normativa en los aspectos siguientes: pendientes de las rampas, barandillas, ascensores, dimensiones de puertas y vestíbulos, aseos y vestuarios y mostradores de información adaptados.

El Servicio de Urgencias debe disponer de un acceso exterior directo por vía rodada, independiente del resto de las dependencias hospitalarias, correctamente señalizado, que, no será compatibilizado con ninguna otra función, ni de acceso de pacientes hacia otros servicios o unidades del hospital, ni relacionado con la logística.

Se deberá disponer de una zona de descarga de 2 a 4 vehículos (ambulancias o vehículos particulares) – en función de su carga asistencial - con cubierta de al menos 3 metros de altura y 4 metros de ancho y que permita la libre circulación de camillas alrededor; por ella accederán los pacientes en camillas o sillas de ruedas. Esta zona deberá permitir el paso de los vehículos de tal manera que no se produzcan retenciones en la descarga, constituyéndose en una vía rápida unidireccional.





La puerta de acceso para los pacientes que acuden caminando, siempre que sea posible, debe estar diferenciada de la anterior.

Es necesario contar con una zona de aparcamientos en las proximidades del centro para el estacionamiento de los vehículos que hayan trasladado pacientes al centro y estén a la espera de la conclusión del proceso asistencial.

La <u>SEÑALÉTICA E INFORMACIÓN</u>, en términos generales y como principios básicos, deben contemplar los siguientes términos:

 Exterior del servicio: existencia de un cartel exterior identificador del servicio que puede estar colocado sobre la fachada del edificio o en un báculo. Los carteles identificadores deben ser visibles al menos desde cierta distancia y contar con iluminación en el rótulo.

2. Interior del servicio:

- Identificación de los espacios: se debe señalizar e identificar las diferentes áreas asistenciales y de trabajo del servicio, las de uso público y aquellas áreas consideradas no aptas para el público (personal, servicio, etc). Las diferentes consultas/boxes deberán estar identificadas en la entrada con un número, el cual no debe ir en la puerta sino en los laterales.
- El resto de espacios deben estar identificados con su nombre correspondiente (sala de yesos, sala de curas, área de radiología, etc)
- Se pueden utilizar pictogramas identificativos o informativos para las zonas que lo requieran.

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

La actividad de los centros sanitarios es muy dinámica y con permanentes adaptaciones a las necesidades derivadas de las nuevas técnicas y procesos asistenciales.





El diseño de los centros sanitarios debe dar soluciones sencillas y económicas de mantener, utilizando los materiales más adecuados al uso previsto.

Una solución constructiva adecuada junto a una correcta prescripción de materiales, equipos e instalaciones conducirán a disponer de un edificio con un mantenimiento más sencillo, funcional y económico.

En general, en los locales asistenciales y despachos se emplearán materiales que garanticen la durabilidad, revestimientos fácilmente lavables y resistentes a los productos de limpieza, de fácil reposición y mantenimiento. En las zonas de circulación de público se recomienda los zócalos hasta una altura de 1.5 m. de materiales pétreos ó fenólicos. En los aseos y vestuarios e utilizará alicatado hasta el falso techo. Para las zonas de circulación de camillas y esperas es conveniente disponer de protecciones de material resistente, colocadas a unos 90cm. de altura sobre el suelo.

Las circulaciones internas atenderán a la separación de los tráficos de pacientes urgentes de los de público.

ÁREA DE SERVICIOS

El área de servicios comprende las áreas de almacenamiento e instalaciones del servicio. Estas áreas serán de uso restringido al público con fácil conexión con las zonas asistenciales y acceso directo con la calle siempre que sea posible o a un núcleo de comunicación vertical.

Almacén general

Espacio destinado a la recepción, almacenamiento y entrega de suministros para el servicio, incluida la medicación y material fungible. Dispondrá de puerta con cerradura de seguridad y tendrá un armario interior con cerradura para medicamentos de especial custodia. El local contará con suficiente renovación de aire para eliminar la disipación térmica de los equipos de refrigeración.





Se primará acceso directo a la calle.

Almacén de residuos sanitarios

Espacio destinado al almacenamiento de residuos y limpieza de contenedores. Debe estar próximo a los circuitos de circulación de contenedores de residuos o carros de transporte y contar con un correcto sistema de ventilación.

ÁREAS DE TRABAJO

Las diversas unidades que configuran el área de asistencia general se definen en base a los siguientes criterios:

En función de la disposición interna del servicio, el área de reanimación puede subordinarse a la consecución de las relaciones establecidas en los puntos anteriores ya que actualmente la gran mayoría de los pacientes críticos llegan al Hospital preparados, estabilizados y tratados por los sistemas de emergencias extrahospitalarios, por lo que la inmediatez de la zona con respecto a la entrada puede no ser considerada vital.

Los accesos a las distintas áreas del SU tienen que ser lo suficientemente amplias como para permitir con holgura el paso de una cama clínica/camilla y permitir su giro.

Los pasillos deben evitarse en lo posible al menos en el área asistencial. Su anchura será aquella que permita la circulación por ellos con holgura de al menos una cama clínica. Todos los accesos desde ellos a las diferentes dependencias (puertas, distribuidores, etc) deben igualmente permitir el giro de camas clínicas y camillas.

ZONA DE ACCESO.

En esta zona se incluyen las siguientes dependencias:





Espera de allegados.

Debe existir una espera externa de allegados, en contacto con la entrada al Servicio de Urgencias, que permita separar a los allegados de la dinámica de entrada de pacientes y con salida directa al exterior. Esta estructura dispondrá de apoyos que incluirán:

- Aseos por sexos y aseo de minusválidos
- Área de vending y teléfonos

Espacio para celadores.

Existirá un punto de permanencia de celadores con visión directa sobre el *hall* principal, la entrada del Servicio de Urgencias y el contacto de la espera de allegados con el citado *hall*.

En sus proximidades aunque sin ocupar el *hall*, se situará un espacio para almacenamiento de camillas y sillas de ruedas que serán utilizadas para ubicar y desplazar a los pacientes en su estancia en el servicio y en los desplazamientos.

2. ÁREA ADMINISTRATIVA

Se define como <u>Área de recepción-ADMISIÓN</u> el espacio físico destinado a la recogida de los datos de filiación, apertura de la historia clínica y recepción del paciente.

La organización e infraestructura del servicio debe permitir la gestión de pacientes mediante la utilización de la historia clínica única informatizada. Debe contar con un mostrador a dos alturas (una para atender de pie y otra sentado).

Desde el Servicio de Admisión se canalizará a los pacientes, con el auxilio de los celadores del Servicio al punto de triaje o asistencia, según corresponda, en las áreas de adultos, y pediatría. Igualmente desde el mostrador de Admisión se remitirá a los allegados que no tengan que acompañar al paciente a la zona de espera de familiares que estará contigua.





Tras el mostrador de atención al público del Servicio de Admisión se dispondrá de una zona de trabajo administrativo y se integrarán las dependencias destinadas a:

- Archivo provisional documentos específicos no incluibles en la Historia Clínica informatizada de urgencias.
- Consigna/custodia de pertenencias

Todos los SUHs deben contar con un <u>SERVICIO DE INFORMACIÓN AL USUARIO</u> específico del servicio, que se constituya en nexo de unión entre la actividad asistencial del servicio y los familiares de los pacientes, estableciéndose circuitos fluidos de información sobre el estado de salud del paciente.

Para ello debe disponerse de una <u>SALA DE INFORMACIÓN</u>, una zona destinada a que el personal del servicio pueda transmitir información a familiares sobre el desarrollo del proceso de salud del paciente. Debe estar situada cerca de la sala de espera de familiares y con un doble acceso: directo desde la zona asistencial y desde la zona externa al servicio (sala de espera, entrada, etc)

Se consideran incluidos en esta área, aunque su localización puede no ser contigua, los **DESPACHOS DE TRABAJO** tanto del responsable médico como de enfermería.

3. El <u>ÁREA DE CLASIFICACIÓN O TRIAGE</u> es indispensable en un SUH. Se define como el espacio físico destinado a la clasificación de pacientes por prioridades en función del motivo de consulta y la patología que presenten a través de la valoración inicial realizada por personal sanitario, mediante un sistema estructurado de 5 niveles de prioridad.

La implantación de un modelo de triage de urgencias ha demostrado tener una gran importancia en la mejora de la eficiencia de los servicios de urgencias y en la disminución del riesgo de los pacientes.

El número de consultas (boxes) destinados al triage se definirá en función de la demanda del





SUH y del nivel del Hospital al que pertenezca, pudiéndose considerar como óptima al menos una consulta por cada 80-100 urgencias atendidas/día. Deben estar situadas en las proximidades de la sala de espera de pacientes y el área de reanimación, con visión directa sobre la entrada (posibilidad de triage a pie de camilla).

En cada una de ellas es necesario disponer de al menos, mesa y silla de trabajo, silla de confidente, una camilla de exploración clínica, esfigmomanómetro de adulto y pediátrico, fonendoscopio de adulto y pediátrico, termómetro, medidor de glicemia capilar (BM Test) y de un terminal informático de trabajo en red con el resto de los terminales del servicio.

En el área debe disponerse de un electrocardiógrafo portátil.

En el caso de disponer de más de una consulta de triage, debe priorizarse una de ellas para la atención al paciente pediátrico.

Cada cubículo debe tener un espacio aproximado de unos 10-12 m², sin obstáculos para la movilización de pacientes en camilla o silla de ruedas.

4. ÁREA DE ESPERA INTERNA DE PACIENTES.

Se dispondrá de una espera de servicio para pacientes, que asumirá las funciones de retención breve hasta la evaluación inicial y de espera postriaje de pacientes pendientes de asignación de box. Se acompañará de aseos de pacientes.

5. El <u>ÁREA DE EMERGENCIAS</u> es el espacio físico destinado a la atención de pacientes que presenten una emergencia médica.

El número de camas operativas se calculará en función de la demanda del centro y su nivel de especialización.

Cada cubículo deberá contar con espacio suficiente para la circulación sin obstáculos alrededor





de la camilla asistencial. En el caso en el que se dispusiera más de una cama, la distancia entre ambas debe ser de al menos 2 metros, con un sistema de separación móvil entre ellas.

Por cada cama de reanimación se precisan dos puntos de enganche de gases medicinales con 3 tomas cada uno (al menos toma de oxígeno y de vacío de 300 mm Hg), caudalímetros con humidificador que permitan un flujo de oxígeno de unos 15 litros/minuto, 10 tomas eléctricas distribuidas en la cabecera de las camillas y de al menos una a los pies del box y un sistema portasueros de anclaje superior, en el techo, que permita su desplazamiento longitudinal. Debe contar con un sistema de estanterías o bandejas que permitan el anclaje de un monitor desfibrilador manual con marcapasos externo, bombas de perfusión, sistemas de monitorización inalámbrico de tensión arterial (invasiva y/o no invasiva), pulsioximetría, capnografía, respirador con capacidad para ventilación no invasiva y bombonas portátiles de oxígeno, todo ello con baterías de alimentación que permitan el transporte.

Se dispondrá una zona de armarios y/o estanterías para el almacenaje del material fungible y sanitario, nevera para el mantenimiento de medicación que necesite frío para su conservación y un armario con cerradura que permita el almacenaje de medicación de uso restringido.



Se dispondrá en esta zona de material de movilización e inmovilización y un sistema de iluminación orientable, fijo y portátil.

Debe existir en esta área un terminal informático de trabajo en red con el resto de los terminales del servicio.

6. La existencia de "CONSULTAS RÁPIDAS" debe plantearse en aquellos SUHs en los que el volumen de pacientes atendidos en el servicio, con patología potencialmente no grave, sea del orden de 40.000-50.000 visitas/año. Este tipo de consultas puede mejorar la dinámica asistencial al evitar que este tipo de patología influya en la asistencia de otro tipo de pacientes que presentan patología más grave.





En cada una de ellas debe existir camilla de exploración, esfigmomanómetro de adultos/pediátrico (según la ubicación de la consulta en el circuito correspondiente), oftalmoscopio y otoscopio, fonendoscopio de adultos/pediátrico, otoscopio, oftalmoscopio, lavabo, encimera y un pequeño armario para el almacenamiento de elementos para dar cobertura a la asistencia en esta zona (colirios, antipiréticos, analgésicos, material para curas simples, etc)

7. La zona de <u>CONSULTAS</u> destinadas a atender inicialmente al paciente no grave, debe disponerse en un espacio próximo al área de observación. Todas las consultas deberán estar identificadas en la puerta de entrada. En todas las estancias se dispondrá de un terminal informático de trabajo conectado en red con el resto del servicio.

En cada consulta debe existir mesa y silla de trabajo para el profesional, camilla de exploración, asiento para familiares, esfigmomanómetro de adultos/pediátrico, fonendoscopio de adultos/pediátrico, oftalmoscopio, otoscopio, negatosocopio (opcional), lavabo y encimera. Salvo que el servicio de urgencias disponga de circuito específico y diferenciado para la atención a la patología obstétrico-ginecológica, al menos una de las consultas debe presentar los anejos necesarios para poder hacer exploraciones ginecológicas.

El número de consultas necesario para cada servicio se debe calcular en función de la demanda asistencial y del nivel del centro hospitalario en el que se encuentre ubicado el SUH. La adecuación de la estructura física del área de consultas puede ser valorada teniendo en cuenta los estándares de acreditación proporcionados por organismos como el American College of Emergency Physicians (ACEP) y la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES). Así, siguiendo lo recogido en la bibliografía consultada, los parámetros a tener en cuenta para el cálculo teórico de las consultas necesarias en un servicio de urgencias hospitalario serían los siguientes:

1. Pico mensual de carga de trabajo (PMCT): representa el número máximo de pacientes que se asisten mensualmente en el servicio. En términos generales se considera que corresponde al 10% de las visitas totales al servicio durante el periodo de 1 año.





Media diaria del pico mensual de carga de trabajo (MDPMCT): número medio de pacientes que se atienden en el mes de máxima demanda asistencial. Se calcula dividiendo el PMCT entre 30,5 días.

3. Pico diario de carga de trabajo (PDCT): es la suma de la MDPMCT y el valor resultante de multiplicar 2,33 por la raíz cuadrada de la MDPMCT. Esta fórmula corresponde a una distribución de Poisson con una confianza del 99,9%.

$$PDCT = MDPMCT + (2,33x\sqrt{MDPMCT})$$

4. Pico de carga de trabajo por turno (pdct): corresponde al 50% del PDCT.

- 5. Pico diario de carga de trabajo de la consulta rápida (PDCT_{rápida}): equivale al 40% del PDCT.
- 6. Pico de carga de trabajo por turno en la consulta rápida (pdct_{rápida}): es el 75% del PDCT_{rápida}, ya que el 75% de los pacientes subsidiarios de asistencia en esta consulta tienden a llegar durante el turno del día en que más pacientes se asisten (turno pico).

El número de consultas necesarias se estima multiplicando el PDCT por el tiempo medio que un paciente permanece en consulta (en nuestro medio unos 30-40 minutos de media) y dividiendo el resultado obtenido por 480 minutos (número de minutos que comprende un turno de 8 horas). Aunque el ACEP propone un tiempo medio asistencial de 90 minutos, en nuestro medio se opta por considerar sólo 30 minutos debido a que en el sistema americano de atención urgente, se mantiene al paciente en el box de consulta/exploración durante todo el tiempo asistencial, es decir, desde que el paciente demanda asistencia hasta que se decide el destino (lo que incluye la consulta médica, diagnóstico y tratamiento), mientras que en nuestro entorno el paciente permanece generalmente en el box sólo durante el tiempo de consulta médica, pasando posteriormente a la sala de espera de pacientes o al área de observación.





De media se considera que debiera existir una consulta por cada 50.000 urgencias atendidas/año.

Una vez determinado el número necesarias, la superficie útil resultado de multiplicar dicho

Es necesario disponer de una pacientes subsidiarios de respiratorio durante su estancia



de consultas necesaria sería el número por 16-20 m².

consulta dedicada a necesitar aislamiento en urgencias.

Siempre que sea posible se debe valorar la adecuación de una consulta preferente para la atención al paciente agitado.

- 5. Los SUH deben contar con un <u>ÁREA PARA LA ATENCIÓN TRAUMATOLÓGICA</u>. La zona debe tener dos áreas claramente diferenciada, en cada una de las cuales debe existir espacio suficiente para la ubicación de al menos una camilla:
 - → Zona "limpia": destinada a la realización de técnicas que necesitan una cierta asepsia (suturas, curas, etc):
 - → Zona "sucia": destinada a la realización de técnicas menos asépticas (yesos, vendajes, etc)

Se dispondrá una zona de armarios y/o estanterías para el almacenaje del material fungible, sanitario y material de curas. Esta zona debe contar con una zona de lavabo con senos industriales y control de residuos (decantador), contenedores para material biopeligroso, zona de almacenaje, mesas auxiliares móviles y puntos de luz portátiles y dirigibles, independientes de la luz central del área.





6. La <u>ATENCIÓN PEDIÁTRICA</u> debe tener, siempre que sea posible, su propia zona asistencial, separada de la que se utiliza para la atención a los adultos, con circuitos independientes durante todo el proceso, con material e imagen atractiva para los niños.

Igualmente se destinará una zona específica destinada a la observación, con camas y cunas, de los pacientes pediátricos que debe estar diferenciada del área de adultos y contemplar la estancia de acompañantes.

7. El SUH debe disponer de un ÁREA DE OBSERVACIÓN definida como el espacio físico destinado a la administración de tratamientos cortos y observación de enfermos con patología urgente pendientes de la resolución de su proceso de salud, pruebas diagnósticas o terapéuticas o el ingreso en un servicio de hospitalización. Debe estar situada próxima al área de reanimación y a las consultas.

Tomará la configuración de unidad cerrada, con área de control propia (mostrador de control, preparaciones limpias/farmacia y almacén limpio, que le garanticen su autonomía funcional en el trabajo de rutina) y trabajo profesional

Es conveniente que se valore la distribución del espacio destinado a la observación en dos zonas, una de ellas para la observación y mantenimiento de los pacientes en cama y otra en la que, la patología de los mismos permita su estancia en sillones.

El área destinada para la *observación en sillones* debe estar próxima a la zona de camas, todos ellos articulados de tal manera que puedan reclinarse y permitir posición de Trendelenburg. Esta zona está destinada para la vigilancia de pacientes y/o tratamiento de procesos agudos en los que se prevé una resolución en un corto periodo de tiempo, que no se recomienda exceda las 12 horas. Cada puesto debe disponer de tomas de oxígeno, de vacío y aire medicinal. Además debe existir un sistema de alerta/alarma ante la existencia de emergencias.

Los pacientes que preferentemente pueden ser manejados en esta área son:

Pacientes con baja gravedad y estabilidad de funciones vitales.





- Pacientes que requieren tratamiento a través de vía venosa periférica.
- Pacientes que requieren oxigenoterapia mantenida y/o aerosolterapia frecuente.

Esta zona debería estar presente en aquellos servicios de urgencias que atiendan al menos del orden de 200 urgencias/día.

El área de *observación en camas* es una zona para vigilancia, monitorización y tratamiento médico de procesos agudos que, por su complejidad diagnóstica y terapéutica, precisan de un nivel asistencial por encima del de otras áreas de urgencias. El tiempo máximo de estancia en esta área no deberá sobrepasar las 24 horas.

Los pacientes que preferentemente pueden ser manejados en esta área son:

- Pacientes con patología grave o de alto riesgo en los que su situación clínica requiera de modo imprescindible del uso de la cama para su atención inmediata.
- Pacientes que precisen ser ingresados en planta de hospitalización y aún no disponen de cama libre, siempre que el tratamiento deba iniciarse sin demoras en una cama.
- Manejo de pacientes que requieren vigilancia médica y/o de enfermería periódica y con encamamiento.
- Pacientes con dudas diagnósticas cuya situación requiera la utilización de una cama para su observación.

La disposición de los boxes en esta zona debe ser tal que se consiga la visualización de todas las camas desde el control de enfermería central (valorándose la posibilidad de monitorización y/o vigilancia por sistema de video) y con un sistema de separación mediante sistemas removibles que permitan la individualización completa de cada uno de ellos. El espacio mínimo por cama debe ser de unos 8 m². Cada box necesita su correspondiente toma de gases medicinales y sistema de aspiración de vacío de 300 mm Hg de flujo, sistema portasueros de anclaje al techo y sistema de iluminación individualizado e independiente de la iluminación central del área. En al menos el 50% de los puestos se permitirá la monitorización electrocardiográfica, tensión arterial no invasiva, pulsioximetría y capnografía. Todas las camas deben ser articuladas electrónicamente y contar con barandillas de seguridad.





Al menos uno de los boxes debe permitir el aislamiento respiratorio del paciente.

En esta zona debe disponerse de un electrocardiógrafo portátil que pueda ser trasladado, en caso necesario, a otras dependencias del servicio, con un sistema de batería recargable a la red que le dé autonomía de trabajo fuera de ella.

En la manera de lo posible debe disponerse de una camilla para traslado de los pacientes hasta las unidades de hospitalización provista de bandeja/s que permitan el anclaje de un monitor desfibrilador manual, bombas de perfusión, pulsioximetría, bombonas portátiles de oxígeno y cuanto material se considere necesario, todo ello con baterías de alimentación que permitan el transporte.

En el área de observación se dispondrá un carro de parada portátil.

Debe existir material de inmovilización para la asistencia y mantenimiento del paciente agitado.

Se reservará igualmente un aseo para pacientes y una zona destinada a material "limpio" (lencería, etc) y otra a material "sucio" donde pueda almacenarse la lencería sucia, el material de limpieza y se pueda proceder al lavado de material.

La adecuación del número de puestos en el área de observación puede valorarse siguiendo la fórmula propuesta por el American College of Emercency Physicians:

Nº de pacientes ingresados por día x 0,75 x (estancia media x 60) 0,90 x 480

En la fórmula anterior, 0,75 es un factor de corrección que considera que el 75% de los pacientes que diariamente ingresan en observación lo hacen en alguno de los turnos considerados de 8 horas. Esto permite ubicar a los pacientes que hipotéticamente pueden llegar al servicio durante el turno de máxima carga asistencial. La estancia media en observación es la estancia media





real propia de cada servicio de urgencias hospitalario, en formato horario, multiplicándola por 60 para transformarla en minutos. El 0,90 del denominador hace referencia a un factor de eficiencia considerado (un factor de eficiencia de 0,90 o 90% indica que la cama de observación está inactiva sólo el 10% del tiempo) y 480 son los minutos que tiene un turno de 8 horas.

En términos generales, el tiempo que un paciente debe estar en observación oscila entre las 3 horas de mínimo (ya que inferior a 3 horas no es rentable ni económica ni asistencialmente)^(38, 69) y las 24 horas de máximo.

En esta área se dispondrá de al menos un terminal informático de trabajo por cada 5 camas y/o sillones o su fracción correspondiente, conectado en red con el resto del centro.

8. Debe definirse un <u>ÁREA DE TRABAJO PROFESIONAL</u>, aquella zona del servicio en la que el personal sanitario pueda disponer de un espacio privado para realizar las tareas administrativas inherentes a la actividad asistencial: cumplimentación de informes, historia clínica, partes de lesiones, etc, y que deberá ubicarse en la zona de observación, tanto de adultos como pediátrica y en el área de reanimación.

En esta zona deben existir espacios administrativos suficientes para dar cabida a todo el personal de turno del servicio y a los especialistas consultores, con terminales informáticos conectados con el resto del servicio, telefonía y megafonía.

9. ASEOS: Se ubicarán en:

- Área de espera de familiares: aseos múltiples para ambos sexos y habilitados para personas con discapacidad
- Area de espera de pacientes: aseos simples para ambos sexos habilitados para personas con discapacidad
- Área de observación:
 - o Adultos: al menos un aseo al que se pueda acceder en silla de ruedas y en el que se dispondrá una ducha para pacientes.





- Pediátrica: un aseo en el que se dispondrá una pequeña bañera y un cambiador infantil.
- 10. Los <u>SERVICIOS DE APOYO AL DIAGNÓSTICO</u> en el área de urgencias, <u>LABORATO-RIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS</u>, <u>RADIOLOGÍA Y TÉCNICAS RELACIONADAS Y ESTE-RILIZACIÓN</u>, son de una gran importancia en la efectividad de la asistencia de los SUH. En función de la demanda de una determinada prueba o exploración es posible que el aparataje no sea exclusivo para la atención del área de urgencias y sea compartido con otros servicios del hospital, pero, en estos casos, una petición urgente, debería contar con prioridad en su realización.

En el tratamiento dado a la gestión de las pruebas de laboratorio solicitadas desde el SUH, es conveniente la utilización, tanto para el envío de muestras como para el reparto de resultados, el uso de tubos neumáticos, ya que el transporte manual detrae personal asistencial y enlentece la actividad del servicio.

Es de reseñar el hecho de que si un SUH tiene un volumen de urgencias atendidas mayor de 50.000/año, el área de radiología debería estar incluida en el propio servicio y atender las demandas del mismo de manera exclusiva (independientemente que de manera puntual o por necesidades estratégicas del hospital, pueda atender peticiones de otros servicios).

11. El <u>ÁREA DE PERSONAL</u> está destinada a la actividad interna del personal del centro. En relación con las comunicaciones, debe estar bien relacionada con el área asistencial y restringido para el público.

Contará con una sala de reuniones multifunción con la posibilidad de ser utilizada como biblioteca-sala de trabajo, un pequeño almacén, área de descanso, office-estar, zona de vestuarios, taquillas, duchas y aseos para ambos sexos.

12. OTROS APOYOS.





Existirán otros locales de apoyo esencialmente para la logística de la unidad:

- a. Almacén de fungible y medicación.
- b. Almacén de lencería.
- c. Cuarto de limpio
- d. Cuarto de sucio.

Dentro de la organización interna del hospital, la relación entre el SUH y los servicios, tanto asistenciales directos como de carácter central (laboratorio, diagnóstico por imagen, endoscopia digestiva y respiratoria, servicios sociales, etc) es fundamental. Fuera del hospital, es primordial la coordinación con sistemas de emergencias extrahospitalarios así como con atención primaria y los circuitos de transporte sanitario.

OBSERVACIONES GENERALES

- Los accesos a las distintas áreas del SUH tienen que ser lo suficientemente amplias como para permitir con holgura el paso de una cama clínica/camilla y permitir su giro.
- Los pasillos deben evitarse en lo posible al menos en el área asistencial. Su anchura será aquella que permita la circulación por ellos con holgura de al menos una cama clínica.
 Todos los accesos desde ellos a las diferentes dependencias (puertas, distribuidores, etc) deben igualmente permitir el giro de camas clínicas y camillas.
- El personal que presta asistencia sanitaria en el servicio de urgencias debe obtener el consentimiento informado del paciente o de sus familiares en todos los procedimientos de riesgo (según se recoge en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE 274 de 16 de noviembre de 2002). Debe garantizarse el respeto a la manifestación anticipada de la voluntad del paciente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo, mediante el acceso al registro de manifestaciones anticipadas de la voluntad en el ámbito sanitario.
- El servicio de urgencias debe garantizar la existencia y custodia de aquellos documentos médico-legales de obligada cumplimentación. Entre ellos cabe destacar:





- El parte de lesiones y accidentes.
- Alta voluntaria.
- Consentimiento informado.
- La información asistencial generada en el episodio de urgencias debe ser procesada e incluida en el sistema de información del centro, codificándose todas las actuaciones llevadas a cabo utilizando la clasificación CIE-MC en vigor.
- Se priorizará el desarrollo de convenios y/o protocolos de trabajo con las empresas de transporte sanitario y primeros intervinientes sanitarios con el fin de que el material de inmovilización de los recursos móviles sea de similares características al disponible en el SUH e intercambiable entre ambos, de tal manera que, a la llegada de un paciente portador de cualquier dispositivo inmovilizador, se proceda a la reposición del mismo, cediendo uno de iguales características al que porta el paciente. Así se asegura la no remoción de los dispositivos de inmovilización hasta la consecución del diagnóstico clínico no generando movilizaciones innecesarias y potencialmente contraindicadas al paciente y consiguiendo la operatividad del recurso sanitario en el menor tiempo posible.
- En el caso de que el centro hospitalario se constituya en base de una ambulancia de la red de transporte urgente del Servicio de Urgencias Canario (SUC), deberá disponerse de un espacio para ubicar áreas de descanso del personal y aseos con ducha. Igualmente, deberá disponerse un área exterior para el aparcamiento del vehículo, techado para salvaguardar la medicación y el material de electromedicina de los cambios bruscos de temperatura. En las inmediaciones es necesario colocar una toma de corriente eléctrica de 220 w, con las suficientes medidas de seguridad y aislamiento para el público en general, que permita la conexión desde la ambulancia para la recarga de los equipos de electromedicina de los que dispone.





Anexo 4. Población con tarjeta sanitaria Individual (T.S.I.) por Zona Básica de Salud. Centros de Salud y Consultorios. Diciembre 2015.

1.- Provincia de Las Palmas.

ÁREA DE SALUD	ZONA DE SALUD	TOTAL
Canarias		1.957.769
	Área Gran Canaria	794.840
	AGAETE	4.757
	AGUIMES	24.066
	ALCARAVANERAS	27.109
	ARUCAS	34.294
	BARRIO ATLANTICO	19.235
	CAIDEROS	548
	CANALEJAS	30.680
	CONO SUR	18.551
	CUEVAS TORRES	22.913
	ESCALERITAS	24.931
	FIRGAS	6.078
	GALDAR	22.201
	GUANARTEME	47.470
	INGENIO	30.131
ria	JINAMAR	25.652
ana	LAISLETA	26.134
Ö	LAS REMUDAS	13.845
Gran Canaria	MASPALOMAS	41.565
J	MILLER BAJO	29.766
	MOGAN	19.850
	MOYA	6.438
	SAN BARTOLOME DE TIRAJANA	1.921
	SAN JOSE (SAN CRISTOBAL)	23.136
	SAN MATEO	6.255
	SAN NICOLAS TOLENTINO	7.343
	SAN ROQUE	8.537
	SANTA BRIGIDA	17.110
	SANTA MARIA DE GUIA	13.163
	SCHAMANN	20.906
	TAFIRA/LOMO BLANCO	15.266
	TAMARACEITE	35.270
	TEJEDA	1.543
	TELDE CALERO	22.413





	TELDE SAN GREGORIO	32.580
	TELDE SAN JUAN	8.478
	TEROR	9.034
Ì	TRIANA	12.979
ľ	VALLESECO	3.020
	VALSEQUILLO DE GRAN CANARIA	8.380
	VECINDARIO	71.292

ÁREA DE SALUD	ZONA DE SALUD	TOTAL
Canarias		1.957.769
	Área Lanzarote	134.263
	ARRECIFE	44.732
	ARRECIFE II	27.024
te et	LA GRACIOSA	502
-anzarote	MALA	3.973
La	PLAYA BLANCA/YAIZA	12.639
	SAN BARTOLOME LANZAROTE	13.809
	TEGUISE	13.130
	TIAS	18.454

ÁREA DE SALUD	ZONA DE SALUD	TOTAL
Canarias		1.957.769
	Área Fuerteventura	96.601
	ANTIGUA-BETANCURIA	4.627
ıtura	II PUERTO DEL ROSARIO (SUR)	24.298
Fuerteventura	LA OLIVA	19.336
Fuer	PENINSULA DE JANDIA	15.591
	PUERTO DEL ROSARIO	16.064
	TUINEJE-PAJARA	16.685





2.- Provincia de Santa Cruz de Tenerife.

ÁREA DE SALUD	ZONA DE SALUD	TOTAL
Canarias		1.957.769
	Área Tenerife	833.384
	ADEJE	37.639
	ANAGA	14.117
	ARICO	4.852
	ARONA COSTA I	25.273
	ARONA COSTA II	24.977
	ARONA VILAFLOR	23.823
	AÑAZA	10.633
	BARRANCO GRANDE	37.640
	BARRIO DE LA SALUD	25.038
	CANDELARIA	23.098
ilfe	DUGGI CENTRO	20.244
Tenerife	EL ROSARIO - SAN ISIDRO	5.839
	GRANADILLA	57.206
	GUIA DE ISORA	19.305
7	GUIMAR	24.443
	ICOD	29.531
	LA CUESTA	22.243
	LA GUANCHA	9.287
	LA MATANZA	7.409
	LA VERA	10.999
	LA VICTORIA	8.120
	LAGUNA FINCA-ESPAÑA	17.920
	LAS MERCEDES	33.391





LOS GLADIOLOS	21.035
LOS REALEJOS	34.624
LOS SILOS	8.353
OFRA-DELICIAS	21.510
OFRA-MIRAMAR	13.501
OROTAVA II - DEHESA	24.837
PARQUE MARITIMO	13.769
PUERTO II - BOTANICO	20.595
ROSARIO - GENETO	38.114
SALAMANCA	10.335
SAN ANTONIO	13.580
SANTA URSULA	12.871
SANTIAGO DEL TEIDE	6.697
TACO	23.904
TACORONTE	30.087
TEJINA - TEGUESTE	26.936
TOSCAL CENTRO	19.609

ÁREA DE SALUD	ZONA DE SALUD	TOTAL
Canarias		1.957.769
0	Área El Hierro	8.912
EI	FRONTERA VALLE DEL GOLFO	3.189
-	VALVERDE	5.723





ÁREA DE SALUD	ZONA DE CALLID	TOTAL
AREA DE SALUD	ZONA DE SALUD	TOTAL
Canarias		1.957.769
La Palma	Área La Palma	73.461
	EL PASO	6.174
	GARAFIA	994
	LAS BREÑAS	9.116
	LOS LLANOS DE ARIDANE	19.279
	MAZO	5.487
	SAN ANDRES Y SAUCES	5.395
	SANTA CRUZ DE LA PALMA	19.525
	TAZACORTE	3.845
	TUARAFE	3.646

ÁREA DE SALUD	ZONA DE SALUD	TOTAL
Canarias		1.957.769
	Área La Gomera	16.308
La Gomera	ALAJERO	1.940
	MULAGUA	2.085
	SAN SEBASTIAN DE LA GOMERA	7.368
	VALLE GRAN REY	3.070
	VALLEHERMOSO	1.845