

11.- ANEXOS

11.1. ANEXO 1. DESCRIPCIÓN DE INDICADORES. CUADRO DE MANDO

Objetivo: Diseñar un conjunto de indicadores asistenciales y económicos 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 hospitalaria orientado a sus objetivos. Será de implantación en todos los Servicios de Urgencias de la Comunidad y permitirán la evaluación de la actividad.

Plan de Urgencias Sanitarias de Canarias.

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, OBI.
	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, OBI. Censo poblacional del año en curso (ISTAC/INE).
	Periodicidad	Mensual
	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, OBI.
	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 cada día de la semana.
	Fuente de datos	DRAGO-AP, DRAGO AE, SIH, OBI.
	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.
	Fórmula	Nº de pacientes atendidos por hora. En la construcción de este indicador se tomarán los valores comprendidos entre las xx:00 y las xx:59.
	Fuente de datos	DRAGO-AP, DRAGO AE, SIH, OBI.
	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. Nº de mujeres atendidas en el Servicio de Urgencias en el periodo estudiado x 100/Nº total de urgencias atendidas en el periodo estudiado.
	Fuente de datos	DRAGO-AP, DRAGO AE, SIH, OBI.
	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: <ul style="list-style-type: none"> - < 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, OBI.
	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: <ul style="list-style-type: none"> - Área general - Área traumatológica - Área pediátrica - Área obstétrico-ginecológica - Área de psiquiatría - Área de críticos
	Fórmula	N° 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, OBI.
	Periodicidad	Mensual.
	Estándar	No procede.

TIPO	UAT-patol	URGENCIAS ATENDIDAS POR TIPO DE PATOLOGÍA
ACTIVIDAD	Descripción	Nº pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias en el periodo estudiado según la descripción del tipo de patología “tipo de contacto”. Se consideran los siguientes grupos de tipo de patología: <ul style="list-style-type: none"> - Accidente casual - Accidente deportivo - Accidente escolar - Accidente laboral - Accidente de tráfico - Agresión/reyerta - Enfermedad común - Violencia de género - Malos tratos no violencia de género - Otros
	Fórmula	N° de pacientes atendidos de cada tipo de patología x 100/Nº total de urgencias atendidas en el periodo estudiado
	Fuente de datos	DRAGO-AP, DRAGO AE, SIH, OBI.
	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: <ul style="list-style-type: none"> - Iniciativa propia - Indicación médica - Orden judicial - Otro
	Fórmula	N° pacientes que acuden al servicio por cada uno de los motivos x 100/Total urgencias atendidas.
	Fuente de datos	DRAGO-AP, DRAGO AE, SIH, OBI.
	Periodicidad	Mensual.
	Estándar	No procede.

TIPO	UIngr	URGENCIAS INGRESADAS
ACTIVIDAD	Descripción	Pacientes atendidos en el servicio de urgencias que tienen como finalización del episodio asistencial "ingreso" en el propio centro hospitalario. 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 diferenciarán en función del ingreso en el propio centro o en centros concertados.
	Fórmula	$Urgencias\ con\ finalización\ ingreso\ x\ 100 / Total\ urgencias\ atendidas.$
	Fuente de datos	SIH, OBI, DRAGO-AE.
	Periodicidad	Mensual.
	Estándar	No procede.

TIPO	UNOIngr	URGENCIAS NO INGRESADAS
ACTIVIDAD	Descripción	Pacientes atendidos en el servicio de urgencias que tienen como finalización del episodio asistencial alta diferente de ingreso.
	Fórmula	$Urgencias\ atendidas\ con\ finalización\ alta\ distinta\ de\ ingreso\ x\ 100 / Total\ urgencias\ atendidas.$
	Fuente de datos	SIH, OBI, DRAGO-AE.
	Periodicidad	Mensual.
	Estándar	No procede.

Plan de Urgencias Sanitarias de Canarias.

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 desde el servicio de urgencias/total de ingresos del hospital (programados + urgentes).
	Fuente de datos	SIH, OBI, DRAGO-AE.
	Periodicidad	Mensual.
	Estándar	No procede.

TIPO	UrgDerv	URGENCIAS DERIVADAS
ACTIVIDAD	Descripción	Urgencias atendidas con alta "ingreso", destino otro centro. Se realizará una diferenciación entre: otro centro sanitario (propio, concertado, de referencia – CSUR) 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, OBI.
	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	Nº pacientes con episodio asistencial finalizado como "fuga" x 100/ total pacientes registrados por el servicio de admisión de urgencias.
	Fuente de datos	DRAGO-AP, DRAGO AE, SIH, OBI.
	Periodicidad	Mensual.
	Estándar	1,1 – 15%.

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

TIPO	ΣT-triaje	TIEMPO MEDIO DE ESPERA PARA TRIAJE
PROCESO	Descripción	Tiempo medio que transcurre desde que un paciente accede al SU hasta que es atendido en el área de triaje en un periodo estudiado.
	Fórmula	$(\Sigma \text{hora triaje} - \Sigma \text{hora registro en admisión})/n^{\circ}$ pacientes atendidos en un periodo estudiado (expresado en minutos).
	Fuente de datos	DRAGO-AP, DRAGO AE, SIH, OBI.
	Periodicidad	Mensual.
	Estándar	Igual o superior al 90%. Se considera óptimo un tiempo medio no mayor de 5 min.

TIPO	ΣT-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	$(\Sigma \text{hora primera asistencia médica en la prioridad estudiada} - \Sigma \text{hora triaje})/n^{\circ}$ total de pacientes atendidos en la prioridad correspondiente (expresado en minutos). En términos generales, el tiempo estimado para cada prioridad se considerará. <ul style="list-style-type: none"> - P1: atención inmediata - P2: 15 minutos - P3: 30 minutos - P4: 120 minutos - P5: 240 minutos
	Fuente de datos	DRAGO-AP, DRAGO AE, SIH, OBI.
	Periodicidad	Mensual.
	Estándar	Igual o superior al 90% excepto para prioridad 1 que será del 100%.

TIPO	ΣT-estancia	TIEMPO MEDIO DE PERMANENCIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO
PROCESO	Descripción	Tiempo medio de estancia de un paciente en el Servicio de Urgencias, desde que se abre el episodio clínico hasta que abandona el 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	$(\Sigma \text{hora alta} - \Sigma \text{hora registro de admisión})/n^{\circ}$ total de pacientes atendidos (expresado en horas). En la construcción del indicador se excluyen los abandonos del servicio y las altas voluntarias. Se realizará un indicador para cada motivo de alta, considerándose como mínimo: ingreso hospitalario, alta a domicilio, derivación otro centro
	Fuente de datos	SIH, OBI, DRAGO-AE.
	Periodicidad	Mensual.
	Estándar	No procede

TIPO	ΣT 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, OBI.
	Periodicidad	Mensual/corte de prevalencia.
	Estándar	< 120 minutos.

TIPO	Ingr Observ	INGRESOS EN ÁREA DE OBSERVACIÓN (CAMAS + SILLONES)
PROCESO	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 ^o total pacientes atendidos en urgencias.
	Fuente de datos	DRAGO-AE, SIH, OBI.
	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	Altas	FINALIZACIÓN DEMANDAS CON INDICACIÓN POR MÉDICO
ACTIVIDAD	Descripción	Finalización del episodio de atención urgente con indicación médica: alta voluntaria, domicilio, exitus, ingreso, otros
CALIDAD	Fórmula	N° pacientes atendidos en el servicio de urgencias con motivo de solicitud "indicación médica" por cada tipo de finalización x 100/total pacientes atendidos en el servicio de urgencias con motivo de solicitud "indicación médica"
	Fuente de datos	DRAGO-AE, SIH, OBI.
	Periodicidad	Mensual.
	Estándar	

TIPO	<i>Ingr desde Observ</i>	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	N° pacientes ingresados desde observación x 100/ N° total pacientes atendidos en el área de observación.
	Fuente de datos	DRAGO-AE, SIH, OBI.
	Periodicidad	Mensual.
	Estándar	50%.

TIPO	<i>Ingr. Otros</i>	PACIENTES INGRESADOS DESDE UN ÁREA DISTINTA DE OBSERVACIÓN (CONSULTAS RÁPIDAS + TRIAJE + OTROS)
RESULTADO	Descripción	Pacientes que son ingresados después de haber sido atendidos en un área distinta del área de observación (triaje, consultas rápidas, otras zonas).
CALIDAD	Fórmula	$(N^{\circ}$ total pacientes ingresados – N° pacientes ingresados desde observación) x 100/ N° total pacientes atendidos en el servicio.
	Fuente de datos	DRAGO-AE, SIH, OBI.
	Periodicidad	Mensual.
	Estándar	

TIPO	<i>Tipo patol</i>	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 la implantación del CMBD-U, se propone valorar la adaptabilidad de los Health Cost and Utilization Project. Emergency Department Sample– HCUPneds.
CALIDAD	Fórmula	N° pacientes atendidos con patología correspondiente a un grupo etiológico concreto x 100/ N° total pacientes atendidos en el servicio de urgencias.
	Fuente de datos	DRAGO-AE, SIH, OBI.
	Periodicidad	Mensual.
	Estándar	No procede.

TIPO	Rev	REVISITAS < 72 HORAS
RESULTADO	Descripción	Pacientes que, habiendo sido atendidos por un médico del SU y dados de alta del mismo, acuden nuevamente en un plazo inferior a 72 horas por el mismo motivo. Se excluyen las visitas de pacientes obstétricas por trabajo de parto.
CALIDAD	Fórmula	N° de pacientes que acuden al SU en menos de 72 horas $> 1 \text{ vez} \times 100/N^{\circ}$ pacientes atendidos 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, OBI, DRAGO-AP, DRAGO-AE.
	Periodicidad	Mensual.
	Estándar	Al incluir todas las visitas, 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 visitas de pacientes obstétricas por trabajo de parto.
CALIDAD	Fórmula	N° de pacientes que han solicitado nueva consulta en el SU en >72 horas e ingresan $\times 100/N^{\circ}$ de visitas en 72 horas. Se excluyen de numerador y denominador las pacientes obstétricas que consultan por trabajo de parto.
	Fuente de datos	SIH, OBI, 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 (exitus extramuros).
CALIDAD	Fórmula	N° de exitus $\times 100/N^{\circ}$ de pacientes atendidos.
	Fuente de datos	SIH, OBI, 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, OBI. Auditoría interna-Unidad de calidad-Servicio de Atención al paciente.
	Periodicidad	Trimestral.
	Estándar	≥75% el primer año de implantación de la estación clínica de urgencias. ≥ 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 ocurridos en el entorno del servicio de urgencias en un determinado plazo de tiempo.
	Fórmula	Número absoluto de incidentes notificados. Número de incidentes notificados en el servicio de urgencias x 100/total de incidentes notificados en el centro hospitalario.
	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 con factores de riesgo 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 y deberá estar en condiciones de legibilidad. 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	N° de pacientes que disponen de pulsera identificativa en buenas condiciones de lectura x100/ N° 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.

Plan de Urgencias Sanitarias de Canarias.

TIPO	HM	HIGIENE DE MANOS
CALIDAD	Descripción	Cumplimiento de la estrategia de higiene de manos mediante la medición de las tasas de consumo de productos de base alcohólica (PBA) y la adherencia de los profesionales
	Fórmula	Consumo: litros servidos x 10.000/nº urgencias atendidas Adherencia: Nº de acciones de manos con PBA x 100/ nº de oportunidades vigiladas Se diferenciará adherencia para los momentos 1 y 2 de la estrategia multimodal de la OMS y para cada categoría profesional
	Fuente de datos	Auditoría interna – Unidad de calidad, Servicio de Medicina Preventiva
	Periodicidad	Semestral.
	Estándar	

TIPO	Reclam	TASA DE RECLAMACIONES
CALIDAD	Descripción	Reclamaciones interpuestas por los pacientes y/o sus familiares, en forma de documentación escrita.
	Fórmula	Nº de reclamaciones presentadas x100/Nº total de pacientes atendidos en el SU en el periodo estudiado.
	Fuente de datos	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.

DEFINICIÓN DEL INDICADOR	
Denominación:	Participación financiera del PLUSCAN en el presupuesto del SCS.
Significado:	Obtener la proporción del crédito definitivo del SCS que se destina al Plan de Urgencia de Canarias.
Forma de Obtención/fórmula de cálculo:	Crédito inicial presupuestado al PLUSCAN / Crédito inicial del SCS
Periodicidad con que es medido:	Anualmente
Valor estándar/Referente:	Importe económico definido en la ficha financiera del PLUSCAN
Fuente de información:	SEFLOGIC
Unidad que efectuará la medición:	Servicio de Asignación y Gestión de Recursos GC de la Dirección General de Recursos Económicos.
Observaciones:	
Ficha elaborada por:	Servicio de Estudios y Análisis Económicos de la Dirección General de Recursos Económicos
Fecha de elaboración ficha:	Octubre de 2017

DEFINICIÓN DEL INDICADOR	
Denominación:	Gasto real del PLUSCAN
Significado:	Obtener el importe del gasto real por capítulos presupuestarios imputado al PLUSCAN
Forma de Obtención/fórmula de cálculo:	Importe de las obligaciones reconocidas desglosado por capítulo presupuestario más importe de la deuda pendiente de pago a 31 de diciembre de cada año.
Periodicidad con que es medido:	Anualmente
Valor estándar/Referente:	Importes definidos en la ficha financiera del PLUSCAN
Fuente de información:	SEFLOGIC
Unidad que efectuará la medición:	Servicio de Asignación y Gestión de Recursos GC y Servicio de Estudios y Análisis Económico de la Dirección General de Recursos Económicos
Observaciones:	Se justificará la desviación del valor estándar o de referencia
Ficha elaborada por:	Servicio de Estudios y Análisis Económicos de la Dirección General de Recursos Económicos
Fecha de elaboración ficha:	Octubre de 2017

DEFINICIÓN DEL INDICADOR	
Denominación:	Seguimiento de la ficha financiera
Significado:	Obtener el índice de desviación del importe del gasto real por capítulo presupuestario, del importe que figura en la ficha financiera del PLUSCAN.
Forma de Obtención/fórmula de cálculo:	(Gasto real por capítulo presupuestario a 31 de diciembre – Importe de gasto previsto en la misma anualidad en la ficha financiera) / Importe previsto en la misma anualidad en la ficha financiera * 100.
Periodicidad con que es medido:	Anualmente
Valor estándar/Referente:	Desviación ≤ 0
Fuente de información:	SEFLOGIC
Unidad que efectuará la medición:	Servicio de Asignación y Gestión de Recursos GC de la Dirección General de Recursos Económicos.
Observaciones:	Se justificará la desviación del valor estándar o de referencia
Ficha elaborada por:	Servicio de Estudios y Análisis Económicos de la Dirección General de Recursos Económicos
Fecha de elaboración ficha:	Octubre de 2017

DEFINICIÓN DEL INDICADOR	
Denominación:	Infraestructuras (obras y equipamiento) ejecutadas con cargo al PLUSCAN
Significado:	Identificar número y coste de las infraestructuras (obras y equipamiento) ejecutadas con cargo al PLUSCAN y analizar su desviación respecto a la ficha financiera.
Forma de Obtención/fórmula de cálculo:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Obtener el nº de obras contratadas y el nº de contratos de equipamiento formalizados a 31 de diciembre de cada año con destino a las Unidades de Urgencia de los Centros Sanitarios. 2. Obtener el importe total de los contratos de ejecución de obra y equipamiento formalizados a 31 de diciembre. 3. Analizar la diferencia entre el importe ejecutado y el importe que por estos conceptos figura en la ficha financiera.
Periodicidad con que es medido:	Anualmente
Valor estándar/Referente:	≥ El nº de acciones definidas en la ficha financiera
Fuente de información:	SEFLOGIC
Unidad que efectuará la medición:	Servicio de Infraestructuras de la Dirección General de Recursos Económicos y Servicio de Contratación y Asuntos Generales de la Dirección General de Recursos Económicos.
Observaciones:	Se justificará la desviación del valor estándar o de referencia
Ficha elaborada por:	Servicio de Estudios y Análisis Económicos de la Dirección General de Recursos Económicos.
Fecha de elaboración ficha:	Octubre de 2017

DEFINICIÓN DEL INDICADOR	
Denominación:	Coste de los Servicios de Urgencia
Significado:	Obtener el coste anual de los servicios de urgencia en Atención Especializada y Atención Primaria y su comparativa con el ejercicio inmediatamente anterior
Forma de Obtención/fórmula de cálculo:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Coste de las Unidades de Urgencia en AE en el ejercicio X – Coste de las Unidades de Urgencia en AE en el ejercicio X-1. 2. Coste de las Unidades de Urgencia en AP en el ejercicio X – Coste de las Unidades de Urgencia en AP en el ejercicio X-1.
Periodicidad con que es medido:	Anualmente
Valor estándar/Referente:	> 0 en AP ≤ 0 en AE
Fuente de información:	CANTONERA
Unidad que efectuará la medición:	Servicio de Estudios y Análisis Económico de la Dirección General de Recursos Económicos
Observaciones:	Se justificará la desviación del valor estándar o de referencia
Ficha elaborada por:	Servicio de Estudios y Análisis Económico de la Dirección General de Recursos Económicos
Fecha de elaboración ficha:	Octubre de 2017

11.2 ANEXO 2.- 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.

Aunque entre los profesionales que trabajan en los SUH el término saturación ha sido ampliamente utilizado, aceptado y comprendido de forma intuitiva, no se ha establecido una definición del mismo, por lo que es frecuente hallar en la bibliografía más referencias de sus consecuencias que de las causas que la precipitan. No ha existido un consenso en la definición de saturación. La aproximación más reciente vuelve a hacer más hincapié en sus causas y consecuencias, y la considera una combinación de variables: número de pacientes que esperan ser registrados y clasificados, número de boxes de observación ocupados, número de pacientes en los pasillos, número de pacientes esperando cama y número total de urgencias.

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 diseñarán 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 pluri-patológicos por procesos infecciosos de vías respiratorias altas y/o bajas.
- C. Mejora de la Capacidad de Resolución. Estableciendo criterios de ingreso, y períodos 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 socio sanitarios, 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, para 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 SOBRECUPACION DEL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

Del mismo modo, se recogen a continuación los criterios de saturación de 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 triaje.
2. Si la situación fuese excepcional se contactará 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.
7. 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.

11.3. ANEXO 3.-----/2017 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 hospitalaria 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 hospitalaria de los órganos de prestación de servicios sanitarios del Servicio Canario de la Salud.

El Jefe de Servicio asume, bajo la dependencia de la Dirección Médica del centro hospitalario, 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 multidisciplinarias 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 hospitalaria 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 hospitalaria 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.

11.4. ANEXO 4.- PLAN FUNCIONAL. GUÍA DE PLANIFICACIÓN Y DISEÑO DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE ATENCIÓN HOSPITALARIA 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 señalado, 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.
- o Atención al paciente grave con área de reanimación.
- o Área obstétrico-ginecológica.
- o Área de traumatología.
- o Área de observación.
- o Diagnóstico por imagen (radiología convencional, ecografía, tomografía computarizada)
- o Laboratorio de análisis clínicos.
- o Atención personalizada e información al usuario.

- o Investigación sanitaria.
- o 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 **SEÑALÉTICA E INFORMACIÓN**, en términos generales y como principios básicos, deben contemplar los siguientes términos:

1. 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 señalar 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.

1. ZONA DE ACCESO.

- *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 **Área de recepción-ADMISIÓN** 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 **SERVICIO DE INFORMACIÓN AL USUARIO** 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 **SALA DE INFORMACIÓN**, 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 **ÁREA DE CLASIFICACIÓN O TRIAJE** 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 triaje 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 triaje 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 triaje 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 triaje, 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 posttraje de pacientes pendientes de asignación de box. Se acompañará de aseos de pacientes.

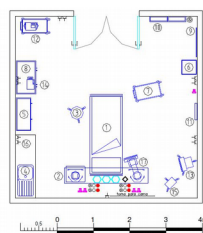
5. El **ÁREA DE EMERGENCIAS** es el espacio físico destinado a la atención de pacientes que presenten una emergencia médica.

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.



- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ○ Cama de RCP ○ Colchón suspendido con poste vertical y columna giratoria ○ Fajín con ruedas regulable en altura ○ Fajín de 1 lado con musculador ○ Silla de enfermería ○ Cables sanitarios con peso de 45 l ○ Silla auxiliar de que vienen con ruedas ○ Armario de gasas para medicación ○ Sillita blanca con estantes ○ Regleta tipo de 2 circuitos ○ Silla giratoria ○ Cesto de basura con accesorio y macerado ○ Monitor de transporte ○ Electrocardiograma de 12 canales ○ Respirador de transporte ○ Escritorio con fuente de agua y zapo ○ Monitor UMI de alta prestaciones | <ul style="list-style-type: none"> ○ Puntos de conexión para 2 bombas de gases (1 de cada) ○ Puntos de conexión para 2 bombas de conexión CA y dos bombas de conexión DC ○ Toma de vacío ○ Toma de oxígeno ○ Toma de aire medicinal (3 bar) ○ Toma de aire medicinal ○ Toma de aire médico ○ Toma de agua ○ Toma de agua fría ○ Toma eléctrica para refrigeración (1 y 3 de cada) ○ Toma eléctrica para calefacción ○ Toma simple de gas blanco ○ Toma de agua ○ Toma de TV ○ Toma de internet ○ Toma de conexión para PDA/E-SPHERE ○ Toma de conexión para PDA/E-SPHERE ○ Toma de 8 tomas de corriente ○ Toma de agua y canal de drenaje ○ Toma de ventilación a panel de aislamiento |
|--|--|

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 **CONSULTAS** 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, negatoscopio (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.

2. 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.

$$MDPMCT = PMCT/30,5$$

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%.

$$PDCT = MDPMCT + \left(2,33 \times \sqrt{MDPMCT}\right)$$

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

$$PDCT. Pdct = 50\% PDCT$$

5. Pico diario de carga de trabajo de la consulta rápida (PDCT_{rápida}): equivale al 40% del PDCT.

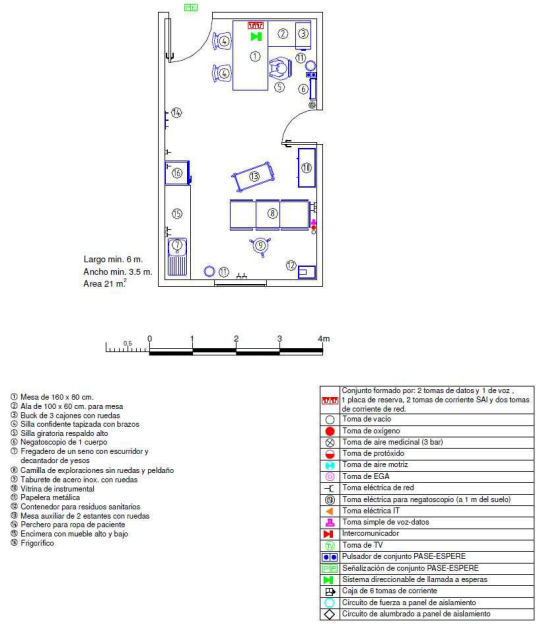
6. Pico de carga de trabajo por turno en la consulta rápida (pdct_{rápida}): es el 75% del PDCT_{rápida}, ya que el 75% de los pacientes subsidiarios de asistencia en esta consulta tienden a llegar durante el turno del día en que más pacientes se asisten (turno pico).

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 de consultas necesarias, la superficie útil necesaria sería el resultado de multiplicar dicho número por 16-20 m².

Es necesario disponer de una consulta dedicada a pacientes subsidiarios de necesitar aislamiento respiratorio durante su estancia en urgencias.



Siempre que sea posible se debe valorar la adecuación de una consulta preferente para la atención al paciente agitado/no colaborador.

5. Los SUH deben contar con un **ÁREA PARA LA ATENCIÓN TRAUMATOLÓGICA**. 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 **ATENCIÓN PEDIÁTRICA** 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, como área de control enfermería 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 reclinarsse 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 portaseros 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 Emergency Physicians:

$$\frac{\text{Nº de pacientes ingresados por día} \times 0,75 \times (\text{estancia media} \times 60)}{0,90 \times 480}$$

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) 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 **ÁREA DE TRABAJO PROFESIONAL**, 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
- Área 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.
 - o Pediátrica: un aseo en el que se dispondrá una pequeña bañera y un cambiador infantil.

10. Los **SERVICIOS DE APOYO AL DIAGNÓSTICO** en el área de urgencias, **LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS, RADIOLOGÍA Y TÉCNICAS RELACIONADAS Y ESTERILIZACIÓN**, 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 **ÁREA DE PERSONAL** 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.

- 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.

- o Alta voluntaria.
 - o 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.

GUÍA DE PLANIFICACIÓN Y DISEÑO DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA 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.

Los servicios de urgencias extrahospitalarios de Atención Primaria (SUEH) dispondrán de los medios necesarios para permitir el diagnóstico y tratamiento de pacientes que demanden asistencia sanitaria urgente. En su cartera de servicios debe incluirse al menos:

- o Atención sanitaria a la urgencia y emergencia médica, tanto de adulto como pediátrica.
- o Atención al paciente grave con área de reanimación
- o Medios de apoyo al diagnóstico (radiología convencional, POCT)
- o Investigación y docencia.

Los SUEH deben estar dotados de una adecuada estructura física para el desarrollo de sus funciones. Dicha estructura quedará supeditada a la posibilidad de que se construya de nuevo o se aproveche una estructura ya existente. En el caso de que se encuentren ubicados en un Centro de Salud deberán contar con un espacio funcional independiente.

No deben existir barreras físicas en la recepción de pacientes como escaleras o escalones. Se deberá disponer de una zona de descarga de vehículos, con cubierta 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 aconsejable contar con una zona de aparcamientos en las proximidades del centro para estacionamiento de los vehículos que hayan trasladado pacientes para su atención en el centro y estén a la espera de la conclusión del proceso.

El diseño de los SUEH debe incluir al menos las siguientes áreas:

1. ÁREA DE RECEPCIÓN/ADMISIÓN

Espacio físico destinado a la recogida de los datos de filiación y apertura de la historia

clínica. Deberá estar ubicada entre la sala de espera de familiares y la sala de triaje. Debe contar con un mostrador a 2 alturas (una para atender de pie y otra sentado), con una zona de trabajo interna con almacén administrativo. En esta zona se dispondrá de al menos un terminal informático de trabajo, con conexión a la intranet del Servicio Canario de la Salud (SCS), historia clínica informatizada y al programa web de cita previa centralizada, fax y emisora de radio en el canal de trabajo del 1-1-2.

2. ÁREA DE EMERGENCIAS

Espacio físico destinado a la atención de pacientes que presenten una emergencia médica. Debe situarse próxima a la puerta de entrada y a la zona asistencial, con un acceso directo a ambas y sin obstáculos.

Deberá contar con espacio suficiente para la atención de al menos un paciente. Se precisa un punto de enganche de gases medicinales con 3 tomas (al menos toma de oxígeno y de vacío de 300 mm Hg), caudalímetros con humidificador que permitan un flujo de oxígeno de 15 litros/minuto, 5 tomas eléctricas distribuidas en la cabecera de la camilla 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.

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 mórnicos y productos de uso restringido.

En esta área se ubicará el carro de parada cuya dotación, distribución y configuración debe ser la misma en todos los SUEH.

3. CONSULTAS MÉDICAS

Espacio físico destinado a atender inicialmente al paciente no grave. Deberán disponerse en un espacio próximo al área de críticos y al área de observación. Todas las consultas deberán estar identificadas con un número 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, con conexión a la historia clínica informatizada y a la intranet del Servicio Canario de la Salud.

En cada una de ellas debe existir camilla de exploración, silla para acompañante, fonendoscopio de adultos y pediátrico, esfigmomanómetro, oftalmoscopio y otoscopio, lavabo y

encimera.

Se dispondrá además de tomas de gases medicinales, con una toma para la administración de aerosoles y otra de vacío, con un aspirador con una potencia de al menos 300 mm Hg de flujo.

La consulta de enfermería dispondrá, además de lo anterior, de una zona para curas con contenedores para material biopeligroso, zona de almacenaje, aparataje para la esterilización para material de curas, mesa auxiliar móvil, puntos de luz portátil y dirigible, independientes de la luz central del área.

4. ÁREA DE OBSERVACIÓN

Espacio físico destinado a la administración de tratamientos cortos y observación de enfermos con patología urgente que puedan resolverse en el SUEH y aquellas que requieren estabilización previa a la derivación a otro centro sanitario. Deberá estar situada próxima al área de reanimación y a las consultas.

La disposición de las camas deberá ser tal que se consiga la visualización de todas ellas desde el control central de enfermería y con un sistema de separación mediante cortinas móviles que permita su individualización completa (sistema semicircular). 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.

El área de observación dispondrá de una zona diferenciada para el tratamiento de adultos y otra pediátrica. En el área de adultos se dispondrán al menos de 2 boxes. El área pediátrica tendrá capacidad para al menos 1 box pediátrico con su correspondiente acompañante. Todas las camas clínicas deben ser articuladas y disponer de barandillas de seguridad.

En esta zona se dispondrá un electrocardiógrafo portátil, con un sistema de batería recargable a la red que le dé autonomía de trabajo fuera de ella.

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 lencería sucia, el material de limpieza y se pueda proceder al lavado de material.

En esta área se dispondrá de al menos un terminal informático de trabajo conectado en red con el resto del centro, con acceso a la historia clínica informatizada y a la intranet del Servicio Canario de la Salud.

5. SALA DE ESPERA:

Espacio físico destinado a dar acogida a enfermos y familiares que acuden al área de urgencias.

Se dispondrá espacio físico para dos salas de espera de localización independiente:

- Sala de espera de pacientes: destinada a la espera de aquellos pacientes que, una vez realizada la primera clasificación, pueden esperar un tiempo determinado la consulta médica o de enfermería. Este espacio debe estar en la manera de lo posible cerca del área de consultas y controlado en todo momento por personal de enfermería. En la manera de lo posible se contará con un espacio diferenciado para la espera pediátrica.
- Sala de espera de familiares: espacio destinado a la espera de los familiares que se encuentran en el centro. Se debe situar próxima al área de admisión con acceso a la puerta de acceso del centro.

6. ASEOS

Se ubicarán en:

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

7. ALMACÉN GENERAL

Espacio físico destinado al depósito, recepción y entrega de material.

8. ÁREA DE PERSONAL

Espacio físico destinado al descanso del personal. Debe contar con un pequeño almacén-archivo, office-estar, zona de vestuarios, taquillas, duchas y aseos para ambos sexos y una zona de dormitorios.

OBSERVACIONES GENERALES

- Los accesos a las áreas anteriormente mencionadas 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. Se considerarán el 40% de los espacios totales. 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
- Es necesaria la existencia 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 SUEH 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 del paciente. Así se asegura la no remoción de los dispositivos de inmovilización hasta la consecución del diagnóstico clínico no generando movilizaciones innecesarias y contraindicadas al paciente y consiguiendo la operatividad del recurso sanitario en el menor tiempo posible.
- En el caso de que el punto de atención urgente se constituya en base de una ambulancia de la red de transporte urgente del SUC, deberá disponerse de un espacio para ubicar áreas de descanso del personal y aseos con ducha (espacio necesario de 30-40 m²). 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.

11.5. ANEXO 5. 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
Gran Canaria	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
	JINAMAR	25.652
	LA ISLETA	26.134
	LAS REMUDAS	13.845
	MASPALOMAS	41.565
	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	
TRIANA	12.979	
VALLESECO	3.020	
VALSEQUILLO DE GRAN CANARIA	8.380	
VECINDARIO	71.292	

ÁREA DE SALUD	ZONA DE SALUD	TOTAL
Canarias		1.957.769
Lanzarote	Área Lanzarote	134.263
	ARRECIFE	44.732
	ARRECIFE II	27.024
	LA GRACIOSA	502
	MALA	3.973
	SAN BARTOLOME LANZAROTE	13.809
	TEGUISE	13.130
	TIAS	18.454

ÁREA DE SALUD	ZONA DE SALUD	TOTAL
Canarias		1.957.769
Fuerteventura	Área Fuerteventura	96.601
	ANTIGUA-BETANCURIA	4.627
	II PUERTO DEL ROSARIO (SUR)	24.298
	LA OLIVA	19.336
	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 VILAFLORES	23.823	
	AÑAZA	10.633	
	BARRANCO GRANDE	37.640	
	BARRIO DE LA SALUD	25.038	
	CANDELARIA	23.098	
	DUGGI CENTRO	20.244	
	EL ROSARIO - SAN ISIDRO	5.839	
	GRANADILLA	57.206	
	GUIA DE ISORA	19.305	
	GUIMAR	24.443	
	ICOD	29.531	
	LA CUESTA	22.243	
	LA GUANCHA	9.287	
	LA MATANZA	7.409	
	LA VERA	10.999	
		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
El Hierro	Área El Hierro	8.912
	FRONTERA VALLE DEL GOLFO	3.189
	VALVERDE	5.723

ÁREA 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
	TIJARAFE	3.646

ÁREA DE SALUD	ZONA DE SALUD	TOTAL
Canarias		1.957.769
La Gomera	Área La Gomera	16.308
	ALAJERO	1.940
	MULAGUA	2.085
	SAN SEBASTIAN DE LA GOMERA	7.368
	VALLE GRAN REY	3.070
	VALLEHERMOSO	1.845

11.6. ANEXO 6. ATENCIÓN URGENTE A COLECTIVOS VULNERABLES

La atención sanitaria de urgencias tiene un gran impacto tanto en la salud de los ciudadanos como en la imagen del sistema sanitario. A esto se añade la sensación de angustia e incertidumbre que produce en las personas acudir a los servicios de urgencias, hecho que se manifiesta de forma más acusada en los colectivos vulnerables.

La primera línea estratégica del PLUSCAN incide en “Las Personas en el centro del sistema”, garantizando la correcta atención a colectivos vulnerables y la humanización de los servicios sanitarios públicos.

Por ello este Anexo tiene como objetivo prestar una atención centrada y personalizada de la asistencia a este sector de población, sin menoscabo de los derechos de todos los pacientes, facilitando el acompañamiento por los familiares durante el proceso asistencial de urgencias.

Al igual que todo paciente, este colectivo tiene derecho a:

Derecho a una asistencia de calidad científica y humana.

Derecho a recibir una información adecuada, comprensible y veraz.

Derecho a la autodeterminación y por lo tanto a aceptar o rechazar tratamientos.

Derecho a la confidencialidad de sus datos y al respeto de su intimidad.

Derecho a que se les respete su dignidad y se evite el sufrimiento.

Derecho a que se les respeten sus convicciones culturales, morales, etc.

Sin embargo, en la atención al paciente vulnerable hay que tener en cuenta especialmente las condiciones de vulnerabilidad que presenta y respetar los derechos del paciente. Es necesario valorar y protocolizar:

- La necesidad de apoyos en las actividades básicas de la vida diaria.
- Las limitaciones en la comunicación interpersonal.
- La dependencia de terceras personas para sus relaciones con el entorno y consigo mismo/a.
- Las limitaciones para transmitir información necesaria en la urgencia, así como expresar sentimientos, sensaciones, intereses o deseos.
- La situación de su estado de salud y dependencia del sistema sanitario
- La incapacitación judicial de los derechos civiles.
- El apoyo familiar del que dispone.

La situación de vulnerabilidad de algunos colectivos menoscaba su posición en el

entramado asistencial sanitario y, de forma más acusada, en los servicios de urgencias hospitalarios.

1.- Criterios de Acompañamiento

Como norma general (salvo contraindicación médica) se facilitará el acompañamiento a las personas que cumplan los siguientes criterios:

Personas de 75 años o más y menores de 14 años.

Personas con deterioro cognitivo y/o discapacidad física.

Personas con patología oncológica y/o enfermedad invalidante.

Personas con enfermedad mental, en situación de descompensación de su proceso de base.

Personas con problemas para la comunicación verbal.

Personas en situación especial de agresión y/o violencia de género.

Otras situaciones que así lo necesiten tras la valoración del profesional responsable.

Cada centro hospitalario, en función de sus peculiaridades y estructura física elaborará el procedimiento para facilitar el acompañamiento, siempre que la actividad asistencial del servicio de urgencias lo permita, sin merma de los derechos de intimidad, confidencialidad y seguridad del resto de pacientes. Es importante registrar, en el caso que la hubiera, la existencia de representación legal o guarda de hecho y quien la ostenta, de cara a tomar decisiones o firma de consentimiento informado.

En los centros en los que se pueda disponer de espacio y en las unidades de nueva creación se habilitarán circuitos diferenciados, con accesos propios e independientes para la población infantil, del mismo modo se ofrecerá un trato singularizado a las personas demandantes de asistencia por violencia de género que priorice su atención o que se les ubique en espacios separados en la medida de lo posible, para tratar de evitar a las víctimas (sobre todo en los casos de agresiones sexuales) el agravio que puede suponer su visualización por otros pacientes u ocupantes de las salas de espera y otros destinos del circuito asistencial.

Todos estos colectivos se identificarán mediante distintivos de color en su hoja de urgencias y en las pulseras identificativas, con el objeto de que el personal sanitario que los atiende extreme las medidas oportunas para facilitar su trato diferenciado.

2.- Situaciones de Urgencias Socio sanitarias.

Ante situaciones detectadas de pacientes con urgencias socio sanitarias y situación de especial vulnerabilidad, con peligro de su integridad personal, en el ámbito hospitalario se establecerán mecanismos de coordinación con el ámbito social. Para ello se establecen los

siguientes criterios:

1.- La manutención de la persona, relacionada con su situación personal, de salud y social, no está garantizada mediante una alimentación adecuada, entendiéndose que por lo menos realiza o tiene cubiertas tres comidas diarias.

2.- El aseo relacionado con su situación personal, de salud y social, no está garantizado, entendiéndose que no se asea o tiene cubierto el aseo con una frecuencia mínima de una vez al día.

3.- La vivienda no presenta buenas condiciones de habitabilidad o carece de vivienda digna.

4.- Situación de vulnerabilidad, entendiéndose que la persona no tiene capacidad para evitar situaciones de riesgos, para salvaguardar su integridad personal, relacionadas con la capacidad de autogobierno, la dependencia para la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y las respuestas a las necesidades de apoyo (claudicación del cuidador, caídas, control de medicación etc.).

5. Personas víctimas de malos tratos con activación del protocolo del SCS u otras comunicaciones oficiales.

Ante por lo menos uno de los criterios expuestos, los profesionales de los SUH se pondrán en contacto con los trabajadores sociales de salud del centro con el fin de que se inicien los trámites pertinentes ante el departamento correspondiente de la Consejería de Empleo, Políticas Sociales y Vivienda, competentes en el manejo de la dependencia, que iniciarán el proceso de valoración urgente para dar respuesta a dicha demanda dentro del marco establecido por las administraciones con competencia en este ámbito, así como a los Cabildos insulares, como competentes en la gestión de los centros. Para todo ello será necesario establecer los protocolos de actuación con ambas Administraciones que permita su puesta en marcha.

3.- Atención a las Urgencias Psiquiátricas

Los pacientes tienen el derecho de recibir el tratamiento y el cuidado correspondientes de acuerdo con las mejores normas existentes. La calidad del tratamiento depende también del ambiente físico, del personal y de los recursos adecuados.

Desde que la Ley General de Sanidad promulgara en el año 1986 "la total equiparación de la persona con enfermedad mental a las demás personas que requieren servicios sanitarios y sociales....", esta labor se lleva a cabo en nuestra Comunidad Autónoma en el marco funcional del SCS. La atención urgente a los pacientes aquejados con trastornos psiquiátricos se realiza en los Servicios de Urgencias Hospitalarios. En términos generales, en nuestro país suponen

entre el 1-10% del total de consultas atendidas en los Servicios de Urgencias Hospitalarias, y de ellas, entre el 20 y el 25% precisan ingreso.

En este colectivo es necesario trabajar contra el estigma que ha conllevado asociado históricamente el trastorno mental. El hecho de que deba ser atendido en el marco de los Servicios de Urgencias Hospitalarios responde a fundamentalmente a tres argumentaciones:

1.- Hasta 1/3 parte de los trastornos médicos se manifiestan con sintomatología psiquiátrica. Es imprescindible, por tanto, el acceso inmediato a los recursos adecuados de las urgencias, ya que algunas de estas situaciones pueden ser mortales si no se tratan con rapidez.

2.- Facilitar a la aproximación de patologías médicas y acceso a otros especialistas.

3.- Contribuir a la disminución paulatina de los prejuicios poco ajustados a la realidad que sufren los propios pacientes, sus familiares y entorno, aumentando la sensación de ser tratados en igualdad de condiciones que pacientes ingresados por otras patologías.

Estos pacientes presentan unas características diferenciales en su manejo en las urgencias:

1.- Conciencia de enfermedad: Es común que estos pacientes carezcan, en el momento de la intervención urgente, de la capacidad para reconocer su propio proceso patológico.

2.- Voluntariedad: El déficit en la conciencia de enfermedad que acompaña a ciertas patologías es un factor que determina la atención psiquiátrica urgente en gran medida y que introduce el tema de la involuntariedad, con todos los condicionantes legales que conlleva. En ocasiones los pacientes son traídos involuntariamente al Servicio de Urgencias por sus allegados o por las fuerzas del orden público, negándose a ser tratados

3.- Aspecto Social: con frecuencia hay problemática social asociada, incluso, alarma social. En determinados casos es esta situación social por sí misma la que genera la demanda sin que a nivel psicopatológico haya causa que justifique la atención psiquiátrica urgente.

4.- Limitación de la información aportada por el paciente y por su entorno.

5.- Riesgo de que, una vez el paciente es etiquetado como "psiquiátrico", no se tengan en cuenta sus quejas a nivel somático o estas no sean tomadas en serio, pudiendo deteriorarse cuadros clínicos orgánicos subyacentes.

Por ello se propone en este documento que desde los servicios de urgencias se colabore en el desarrollo del Plan de Salud Mental que tiene previsto elaborar el SCS, la elaboración de Protocolos/Guías Clínicas unificadas para la Atención a las Urgencias Psiquiátricas en la Comunidad (Patologías prevalentes, Protocolo de Atención al paciente con riesgo suicida...), la mejora de las infraestructuras hospitalarias creando zonas de atención específica a estos

procesos que faciliten la seguridad de los profesionales y los pacientes y la disponibilidad de personal específico con experiencia y/o formación en el campo de la Salud Mental para la atención y el cuidado de los pacientes psiquiátricos en los Servicios de Urgencias.

En los centros en los que se pueda disponer de espacio y en las unidades de nueva creación se habilitaran circuitos diferenciados, a pacientes con trastorno mental, atendiendo a sus características como pacientes especialmente vulnerables. Deberán disponer de:

1.- Área de entrevista que garantice el derecho a la intimidad y privacidad del paciente, intentando que reúna las condiciones necesarias para que este entorno no sea vivido como perturbador y amenazante.

2.- Área de Observación específica: emplazada e integrada dentro del propio Servicio de Urgencias, pero que reúna las características necesarias para garantizar la protección psicofísica de estos pacientes.

3.- Box específico de Contención Mecánica: aislado del resto de pacientes y por supuesto de familiares. Se elaborarán los protocolos oportunos, definiendo los criterios de contención

En los recursos humanos se contemplará aparte del personal específico la posibilidad de disponer de personal de apoyo -Trabajador Social- en horario de tarde. Para favorecer la resolución de problemática asociada de forma continuada que favorezca el alta.

Dado que el proceso de atención a una crisis psiquiátrica precisa de una intervención urgente y coordinada de todos los intervinientes, se establecen las siguientes recomendaciones en las intervenciones de los equipos asistenciales:

Una vez realizada la demanda de atención urgente, es el personal sanitario el encargado de realizar la intervención.

- En el Servicio de Urgencias Hospitalarias será el profesional de urgencias quien reciba al paciente y proceda al diagnóstico de la etiología y características de la crisis. Los síntomas psiquiátricos no son específicos de los trastornos mentales por lo que hay que descartar siempre patología orgánica subyacente.
- Valoración de la situación y de los riesgos asociados. Hay que llevar a cabo un análisis global de lo que sucede para establecer un diagnóstico y proceder al tipo de abordaje más adecuado.
- Plan de actuación y tratamiento. En base al análisis y diagnóstico realizado será necesario sopesar los recursos de que dispone el profesional a la hora de realizar

una intervención en la que ha de primar la seguridad del paciente y de los intervinientes. Se establecen los siguientes pasos de contención:

- Contención verbal: va a ser la primera medida que se tome siendo en muchas ocasiones suficiente.
- Contención farmacológica. si no ha sido efectiva la contención verbal.
- Contención física cuando han fracasado todas las medidas previas. Utilizada únicamente en los casos imprescindibles y con todas las garantías de seguridad tanto para el paciente como para el personal que la aplica.
- Contención y apoyo del entorno: intervenciones destinadas a reducir la ansiedad de los familiares o personas involucradas y a conseguir su colaboración en la resolución de la crisis.
- Medidas de protección y apoyo del paciente en crisis: reorganización de los apoyos situacionales y familiares de la forma requerida para reducir la ansiedad o la sintomatología del sujeto.
- Se realizará un informe completo donde conste todo el proceso asistencial que se ha llevado a cabo facilitándolo a la familia y a los dispositivos a los que se deriva al paciente. Esta documentación deberá formar parte de la Historia Clínica.

11.7. ANEXO 7.- PLAN DE HELISUPERFICIES

Estado actual y necesidades de mejora de las helisuperficies.

1.- Estado actual de las helisuperficies

HELISUPERFICIES Y HELIZONAS EN PROVINCIA DE LAS PALMAS					
UBICACIÓN	OPERATIVIDAD	BALIZAS	MANGA	OBSERVACIONES	CERTIFICACION AESA
H. Dr. Negrin	24 horas	SI	SI	Falta cierre perimetral y pintura	NO
Hospital Insular	orto-ocaso	SI	SI	Falta ayuda visual para nocturnos	SI
H. Fuerteventura	24 horas	SI	SI	Falta cierre perimetral	NO
Tejeda	orto-ocaso	SI	NO	Falta limpieza, pintura, manga	NO
Artenara	orto-ocaso	NO	NO	Falta manga	NO
Aldea	orto-ocaso	SI	SI	Confinada. Provisional	NO
Amadores	orto-ocaso	NO	NO	Rotonda	NO
Morro Jable	24 horas	SI	NO	Gestionada bomberos Pájara	NO
La Graciosa	24 horas	SI	SI	Falta limpieza, pintura.	NO

HELISUPERFICIES Y HELIZONAS EN PROVINCIA DE TENERIFE					
UBICACIÓN	OPERATIVIDAD	BALIZAS	MANGA	OBSERVACIONES	CERTIFICADA x AESA
H. La Candelaria	orto-ocaso	SI	SI	Falta seguridad nocturno	SI HUNSC
H. Universitario	24 horas	SI	SI		SI HUC
H. de Nª Sª de los Reyes	24 horas *	SI	SI		NO
H.Nª Sª de Guadalupe	24 horas **	NO	NO	No existe helisuperficie.	NO
H. Gral.de La Palma	24 horas ***	SI	SI		NO
Muelle de Sta. Cruz Tfe.	24 horas	SI	SI	Gestión Autoridad Portuaria	NO
La Guancha	orto-ocaso	SI	SI	Base actual GES	NO
Icod de los Vinos	orto-ocaso	NO	NO	Al lado de la carretera.	NO
Los Silos	orto-ocaso	NO	NO	Enfrente piscinas municipales	NO
El Tanque	orto-ocaso	NO	NO	El mirador.	NO
Santiago del Teide	orto-ocaso	NO	NO	Puerto Santiago	NO
Arico	orto-ocaso	NO	NO	Explanada Centro de Salud	NO
Adeje	orto-ocaso	SI	SI	Gestión Bomberos V. Adeje	NO
Tijarafe	orto-ocaso	NO	NO		NO
San Sebas. La Gomera	24 horas	SI	SI	Punto del hospital de La Gomera	SI
Valle Gran Rey	orto-ocaso	NO	NO	Se toma en el muelle	NO
Frontera	orto-ocaso	NO	SI	Base actual GES	NO

*24 horas en el Aeropuerto del Hierro. ** 24 horas en helisuperficie de San Sebastián de la Gomera. *** 24 horas En aeropuerto de La Palma.

2.- Necesidades de helisuperficies

H. Jose Molina Orosa	24 horas			No existe helisuperficie	
Agate	24 horas			No existe helisuperficie	

11.8. ANEXO 8.- PARTICIPANTES EN LA ELABORACIÓN DEL PLUSCAN

Equipo Director del PLUSCAN 2017 – 2018

- Sr. D. José Manuel Baltar Trabazo
Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias
- Sr. D. Conrado Jesús Domínguez Trujillo
Director del Servicio Canario de la Salud
- Sra. Dña. Laura María Martín Pérez
Ex-Secretaria General Técnica de la Consejería de Sanidad
- Sr. D. Manuel Macía Heras(2017)
Ex-Director General de Programas Asistenciales
- Sra. Dña. Elisabeth Hernández González (2018)
Directora General de Programas Asistenciales
- Sr. D. Luis Marquez LLabrés
Director General de Recursos Económicos
- Sr. D. José Juan Alemán Sánchez
Director General de Salud Pública
- Sra. Dña. Antonia M. Pérez Pérez
Directora General de Recursos Humanos
- Sr. D. Abraham Luis Cárdenes González
Secretario General del Servicio Canario de La Salud

Equipo técnico del PLUSCAN de 2017 a 2018

- Sra. Dña. M^a Mercedes Cueto Serrano
Técnico de la Unidad de Apoyo de la Dirección del SCS
- Sr. D. Manuel Francisco Aguilar Jerez
Técnico de la Unidad de Apoyo de la Dirección del SCS
- Sra. Dña. Paloma García de Carlos
Técnico del Servicio de Atención Especializada de la DGPPAA.
- Sr. D. Francisco Javier Pérez García
Administrativo de la Unidad de Apoyo de la Dirección del SCS
- Sra. Ana M.^a Pérez Afonso
Jefa de Servicio de estudios y análisis económicos de la DGRREE
- Sr. D. Sergio Ramos Rivero
Jefe de Servicio. DGRREE
- Sra. Dña. Encarnación Teresa Esparza Ferrera
Técnico de la Unidad de Apoyo de la Dirección del SCS

- Sr. D. Julio Manuel Rodríguez de la Rosa
Coordinador de obras de la DGRREE

Equipo Director del PLUSCAN 2015 - 2016

- Sr. D. Jesús Morera Molina
Ex- Consejero de Sanidad
- Sr. D. Roberto Moreno Díaz
Ex-Director del Servicio Canario de la Salud
- Sra. Dña. Laura María Martín Pérez
Ex-Secretaria General Técnica de la Consejería de Sanidad
- Sr. D. Bernardo Emilio Macías Gutiérrez
Ex-Director General de Programas Asistenciales
- Sra. Dña. M^a Teresa Peiró García-Machiñena
Ex-Directora General de Recursos Económicos
- Sr. D. Ricardo Redondas Marrero
Ex-Director General de Salud Pública
- Sr. D. Carlos Fermín González Segura
Ex-Director General de Recursos Humanos
- Sr. D. Jesús Javier Plata Vera
Ex-Secretario General del Servicio Canario de La Salud

Coordinación general del PLUSCAN de 2015 a 2016

- Sr. D. Octavio Jiménez Ramos
Ex Coordinador del PLUSCAN.

Equipo de coordinación del PLUSCAN de 2015 a 2016

- Sra. Dña. Paloma García de Carlos
Técnico del Servicio de Atención Especializada de la DGPPAA.