

Plan de Urgencias Sanitarias de Canarias

tiempo de respuesta
profesionales
participación
planificación
capacidad
responsabilidad
reacción
compromiso
del sistema
de usuarios
adecuados



Gobierno de Canarias

Consejería de Sanidad



PRESENTACIÓN

Uno de los objetivos prioritarios de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias es la mejora de la atención urgente por el gran impacto que tiene en la salud de los pacientes con patología aguda que requieren asistencia inmediata y cuyo pronóstico vital depende también del buen funcionamiento de los dispositivos sanitarios, así como por la repercusión que presenta en el resto del sistema.

El Plan de Urgencias Sanitarias de Canarias debe garantizar que la asistencia sanitaria urgente de todos los ciudadanos sea accesible, coordinada, segura, eficiente y de calidad, cumpliendo con el objetivo de responder a las expectativas de los ciudadanos y de los profesionales. Su objetivo es responder a las necesidades de los ciudadanos, garantizando que la asistencia recibida por los residentes en Canarias se realice en igualdad de condiciones.

Plan de Urgencias Sanitarias de Canarias se ha elaborado y tramitado siguiendo los requisitos recogidos en el Decreto 27/2008 de 4 de marzo de aplicación a los programas de actuación plurianual de los entes con presupuesto limitativo. Este “*Plan de Urgencias Sanitarias de Canarias 2017-2021*” (PLUSCAN) ha sido diseñado y elaborado por el anterior equipo directivo de la Consejería de Sanidad, con Jesús Morera Molina al frente del departamento. El equipo directivo actual asumió las bases de dicho Plan e inició su puesta en marcha en 2017, de forma anticipada a su aprobación, por la gran trascendencia sanitaria y social.

Para su elaboración, se realizó un exhaustivo análisis de la situación de los servicios de urgencias, así como un análisis DAFO, a través del cual se establecieron cuatro líneas estratégicas básicas: las personas en el centro del sistema, los profesionales como principales actores, la reordenación del marco organizativo y funcional del sistema de urgencias y el fortalecimiento de los sistemas de información. Las propuestas de mejora se insertan en siete áreas, lo que permite definir un modelo de organización futuro de las Urgencias en la Comunidad Autónoma con 63 acciones a desarrollar en los años de implantación del Plan.

Dado el carácter plurianual del PLUSCAN, se ha concebido como un plan vivo y dinámico, capaz de adaptarse a los cambios en las necesidades de la población, a los avances tecnológicos y a situaciones sanitarias imprevistas, siempre dentro de los diferentes escenarios presupuestarios. Por ello, se han introducido mejoras asistenciales con respecto a la planificación inicial e incrementando los recursos destinados a la atención urgente.

Queremos aprovechar para transmitir nuestro más sincero agradecimiento a todas las personas que directa o indirectamente, han contribuido a elaborar el PLUSCAN en sus diferentes etapas y tareas específicas.

También deseamos hacer una mención especial a todos los profesionales que trabajan en urgencias, porque somos conocedores de su profesionalidad y vocación, de su implicación las 24 horas los 365 días del año, de la necesidad de mantenerse actualizados para poder dar una respuesta rápida que salva vidas y porque, en definitiva, este Plan de Urgencias Sanitarias será un éxito gracias a los profesionales de urgencias que contarán con todo el apoyo del equipo directivo de la Consejería.

José Manuel Baltar Trabazo
Consejero de Sanidad

Conrado Domínguez Trujillo
Director del Servicio Canario de la Salud



ÍNDICE

1. Introducción.....	8
2. Análisis de situación.....	13
2.1. Desarrollo Histórico.....	14
2.2. Ámbito físico y demográfico.....	15
2.3. Recursos.....	19
2.4. Informe de la atención urgente en la Comunidad Autónoma.....	27
2.4.1. Informe global de la Comunidad Autónoma.....	27
2.4.2. Informe Asistencial por Áreas de Salud y Hospitales.....	45
2.5. Análisis DAFO.....	108
2.6. Punto de vista de los usuarios.....	115
2.7. Problemática de las urgencias hospitalarias. Estudio comparativo.....	118
2.8. Conclusiones.....	121
3. Estrategias básicas y objetivos.....	126
4. Propuestas de Mejora del Plan de Urgencias Sanitarias de Canarias.....	131
4.1. Planes de acción.....	132
4.1.1. Modelo de Organización.....	133
4.1.2. Mejora de procedimientos organizativos.....	139
4.1.3. Plan de Recursos Humanos.....	145
4.1.4. Población.....	147
4.1.5. Sistemas de Información.....	147
4.1.6. Infraestructuras y Equipamiento.....	148
4.1.7. Acciones a desarrollar.....	149
5. Implantación y desarrollo de sistemas de calidad y seguridad de pacientes.....	159



6. Docencia, Investigación e Innovación.....	162
6.1. Docencia.....	163
6.1.1. Informe de situación.....	163
6.1.2. Propuestas.....	165
6.2. Investigación.....	167
6.3. Innovación.....	168
7. Marco Jurídico de Referencia.....	169
8. Bibliografía.....	172
9. Ficha financiera.....	175
10. Cronograma y alineación estratégica.....	177
11. Anexos.....	187
11.1. Anexo 1. Descripción de indicadores. Cuadro de mando.....	188
11.2. Anexo 2. Plan de Contingencia.....	205
11.3. Anexo 3. Normativa de creación de Servicios de Urgencias Hospitalarios.....	211
11.4. Anexo 4. Plan Funcional de los Servicios de Urgencias.....	216
11.5. Anexo 5. Población con T.S.I. por Zona Básica de Salud, Centros de Salud y Consultorios. Diciembre 2015.....	237
11.6. Anexo 6. Atención a Colectivos Vulnerables.....	241
11.7. Anexo 7. Helisuperficies.....	247
11.8. Anexo 8. Participantes en la elaboración del PLUSCAN.....	248



Todas las denominaciones que en el presente documento se efectuarán en masculino o femenino genérico se entenderán aplicables indistintamente a hombres y mujeres.

Listado de siglas, acrónimos y abreviaturas utilizadas.

AP	Atención Primaria
AH	Atención Hospitalaria
ASAN	Ambulancia Sanitarizada
ASVA	Ambulancia Medicalizada
ASVB	Ambulancia de Soporte Vital Básico
AS	Avión Medicalizado
BOC	Boletín Oficial de Canarias
C.A.	Comunidad Autónoma
CEAU	Centro Especializado de Atención a la Urgencia
CMA	Cirugía Mayor Ambulatoria
CMBD	Conjunto Mínimo Básico de Datos
CHUC	Complejo Hospitalario Universitario de Canarias.
CHUIMI	Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria
CHUNSC	Complejo Hospitalario Universitario Nuestra Señora de Candelaria.
CSUR	Centro, Servicio, Unidad de Referencia
DESA	Desfibrilación semiautomática
DRAGO-AE	Historia clínica electrónica de atención especializada
DRAGO-AP	Historia clínica electrónica de atención primaria
EMAC	Estancia media ajustada por casuística
EMAF	Estancia media ajustada a funcionamiento
EIR	Enfermera Interna Residente
ESSSCAN	Escuela de Servicios Sanitarios y Sociales de Canarias
GAPGC	Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria
GAPTFE	Gerencia de Atención Primaria de Tenerife
GSC	Gestión de Servicios para la Salud y Seguridad en Canarias
GSS	Gerencia de Servicios Sanitarios
HL	Helicóptero de emergencias sanitarias
HDrMO	Hospital Doctor Molina Orosa
HGFV	Hospital General de Fuerteventura
HGLP	Hospital General de La Palma
HNSG	Hospital Nuestra Señora de Guadalupe
HNSR	Hospital Nuestra Señora de los Reyes
HUC	Hospital Universitario de Canarias
HUDrN	Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín
HUI	Hospital Universitario Insular de Gran Canaria
HUNSC	Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria
HUMI	Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias
IC	Índice casuístico
IEMA	Índice de estancia media ajustada
IF	Índice funcional
LOSC	Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias
MAV	Manifestaciones anticipadas de voluntad
MIR	Médicos Internos Residentes
MSSSI	Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

OBI	Oracle Business Intelligence
ODDUS	Oficina de Defensa de los Derechos de los Usuarios Sanitarios
OMS	Organización Mundial de la salud
PAC	Punto de Atención Continuada
PAU	Punto de Atención Urgente
PBA	Producto de Base Alcohólica
PCR	Parada Cardiorrespiratoria
PGC	Plan de Gestión Convenida
PLATECA	Plan Territorial de Emergencias de Canarias
PLESCAN	Plan de Emergencias Sanitarias en Catástrofes de Canarias
POCT	Point of care
PSC	Plan de Salud de Canarias
RCP-A	Resucitación cardiopulmonar avanzada
RCP-B	Resucitación cardiopulmonar básica
SCS	Servicio Canario de la Salud
SIH	Sistema de Información Hospitalaria
SNS	Sistema Nacional de Salud
S. URG	Servicio de Urgencias
SNU	Servicio Normal de Urgencias
SUC	Servicio de Urgencias Canario
SUH	Servicio de Urgencias Hospitalario
TSI	Tarjeta sanitaria individual
UAF	Unidad de Atención Familiar
UMCAT	Unidad móvil de catástrofes
URG	Urgencias
VIR	Vehículo de Intervención Rápida
ZBS	Zona Básica de Salud

1.- INTRODUCCIÓN.

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

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

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

La atención de urgencia está definida en el Real Decreto 1030/2006 *“como una atención integral y continua que se presta en la Atención Primaria y Especializada, y en los servicios específicamente dedicados a la atención urgente. La coordinación de los diferentes intervinientes en la atención de urgencia se realizará, a través de los teléfonos 1-1-2, 0-6-1 u otros, por los centros coordinadores de urgencias y emergencias sanitarias, que garantizarán, las 24 horas del día, la accesibilidad y la coordinación de los recursos disponibles para este tipo de atención”*.

El citado Decreto 1030/2006 define la atención urgente como aquella que se presta al paciente en los casos en que su situación clínica obliga a una atención sanitaria inmediata, la cual se presta tanto en centros sanitarios como fuera de ellos, incluyendo el domicilio del paciente y la atención in situ, durante las 24 horas del día, mediante la atención médica y de

enfermería, y con la participación de otros profesionales.

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

En la Comunidad Autónoma Canaria se realizaron en 2015 un total 2.268.483 atenciones urgentes, 1.306.509 urgencias en Atención Primaria, 284.763 incidentes atendidos por el Servicio de Urgencias Canario y 677.211 en Atención Hospitalaria, de las cuales el 11,85% necesitó ingreso hospitalario. El número de urgencias atendidas por 1.000 habitantes ha experimentado un ligero descenso de en torno a un 1,7%, considerado de manera global con respecto a 2014, cifra que sin embargo debe ser valorada con cierta cautela debido a los cambios en los sistemas de registro, sobre todo en atención primaria, en relación con la universalización de la historia clínica electrónica. La actividad del sistema de urgencias y emergencias se recoge de forma pormenorizada en el análisis de situación y de éste se pueden inferir tendencias de demanda y frecuentación como para que sea posible la planificación de esta actividad “no programada” allí donde se realice.

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

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

La Atención Primaria y el Servicio de Urgencias Canario (SUC) suponen el primer contacto del usuario con el sistema de salud, debiendo ser capaz de resolver hasta el 80% de los problemas asistenciales. El nivel asistencial especializado continúa y completa la atención del

primer nivel asistencial, proporcionando los medios diagnósticos y terapéuticos necesarios, que la Atención Primaria no puede administrar por su excesiva complejidad. No obstante, en nuestra comunidad se detecta una inusual demanda de atención directa en los grandes hospitales con una media del 55% (48%-65,3%).

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

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

El Plan de Urgencias Sanitarias de Canarias (PLUSCAN) debe gestionar de forma integrada todos los niveles y recursos asistenciales, potenciando la asistencia a las urgencias en los Puntos de Atención Urgente y de Atención Continuada y desarrollando la coordinación de todos los agentes y estructuras implicadas en la atención urgente.

Por ello, es fundamental desarrollar paralelamente la protocolización de todos los procesos de urgencias incluyendo los que con mayor frecuencia se presentan y un Plan integral de formación continuada de los profesionales de estos servicios que homogenice su formación.

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

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

Así, el Plan de Urgencias Sanitarias de Canarias surge para dar respuesta integral, rápida, eficiente y continua a la demanda de atención urgente en la Comunidad Canaria, en cumplimiento de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias que en su artículo 32, recoge que la Comunidad Autónoma de Canarias contará con un Plan Regional de Urgencias, así como de las aportaciones realizadas en el Plan de Salud de Canarias (áreas de

impacto 4 - orientar el Servicio Canario de la Salud hacia la mejora de la actividad asistencial - y área de impacto 5 potenciar una atención primaria más resolutiva, integral, participativa y de calidad).

2.- ANÁLISIS DE SITUACIÓN.

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

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

2.1. DESARROLLO HISTÓRICO.

El Informe de 1988 del Defensor del Pueblo, acerca del estado de la atención urgente a nivel nacional constituyó el punto de inflexión para conocer la magnitud del problema de las urgencias y marcó un cambio cualitativo en la concepción de la atención a la urgencia y emergencia en España, instando al desarrollo de sistemas de emergencias médicas, lo que hoy conocemos como 1-1-2. Por otro lado, la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud de 1991 – Informe Abril – hace referencia a pautas de desarrollo en el ámbito autonómico de la atención urgente. Entre ellas destacan la implantación de centros de coordinación de urgencias médicas con funcionamiento continuo las 24 horas del día todos los días del año, con cobertura al 100% del territorio, disponibilidad de una red de transporte sanitario de urgencia con recursos asistenciales específicos para la atención al paciente crítico, fomentando la formación específica en urgencias y emergencias.

En nuestra comunidad se ha intentado elaborar el Plan de Urgencias Canario desde los albores de la autonomía y de hecho la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias lo recoge en su artículo 32.

Uno de los hitos importantes se produce en 1994, con la constitución de la empresa pública Gestión Sanitaria de Canarias y la puesta en marcha del número único de atención urgente sanitaria 0-6-1, posteriormente unificado en el 1-1-2 en 1998 (Decreto 62/1997, de 30 de abril, por el que se regula la implantación del Servicio de Atención de Urgencias y Emergencias a través del Teléfono Único Europeo de Urgencias 1-1-2), a raíz de la directiva europea, Decisión 91/396 CEE de 29 de julio de 1996 para la implantación del Teléfono Único Europeo de Urgencias 112 en todos sus Estados miembros.

El Servicio Canario de la Salud ha elaborado a lo largo de los años, dos documentos que intentaban completar esta demanda histórica, sin que se haya concluido el proceso. Así, en el año 2008 se elabora el documento, "Estrategias de Mejora de la Atención Urgente", que no vio la luz y se retoma en 2010, con el documento "Estrategias Generales para la reordenación de las urgencias en Atención Primaria", que tampoco se aplicó en nuestra comunidad. Sin embargo, y a pesar de los esfuerzos realizados hasta la fecha, la atención urgente carece de una organización global y una planificación adecuada.

2.2.- ÁMBITO FÍSICO Y DEMOGRÁFICO.

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

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

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

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

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

Es importante reseñar los cambios en la estructura poblacional que está experimentando nuestra comunidad en los últimos años, que, si bien están en la línea de tendencia nacional, implican retos a los que debe adaptarse la planificación de recursos. Si bien el índice de dependencia ¹ sólo ha experimentado un crecimiento de aproximadamente 1 punto y medio porcentual en los últimos 10 años (27,58 en el año 2004, pasando a 28,98 en el año 2014), el peso del aumento de este indicador recae en el envejecimiento poblacional. Así, el índice de envejecimiento ² ha experimentado un ascenso de en torno a los 2,5 puntos porcentuales en los últimos 10 años, pasando de 12,06 en el año 2004 a 14,55 en el año 2014. La tasa bruta de crecimiento vegetativo (expresado en %) ha caído desde 3,97 en el año 2000 al 1,06 en el año 2013³.

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

Tabla 1. Población de la CC AA Canarias.

Área de Salud*	Año 2011	Año 2012	Año 2013	Año 2014	Año 2015	Variación 2011-2015
Tenerife	908.555	898.680	897.582	889.936	888.184	-2,24%
Gran Canaria	850.391	852.225	852.723	851.157	847.830	0,30%
Lanzarote	142.517	142.132	141.953	141.940	143.209	0,48%
Fuerteventura	104.072	106.456	109.174	106.930	107.367	3,17%
La Palma	87.163	85.468	85.115	83.456	82.346	-5,53%
La Gomera	23.076	22.350	21.153	20.721	20.783	-9,94%
El Hierro	10.995	11.033	10.979	10.675	10.587	-3,71%
TOTAL CANARIAS	2.126.769	2.118.344	2.118.679	2.104.815	2.100.306	-1,24%

*Cifras Oficiales de Población / Series anuales. Municipios por islas de Canarias. 2000-2015

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

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

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

⁴ Fuente: ISTAC a 31 de diciembre del año referenciado

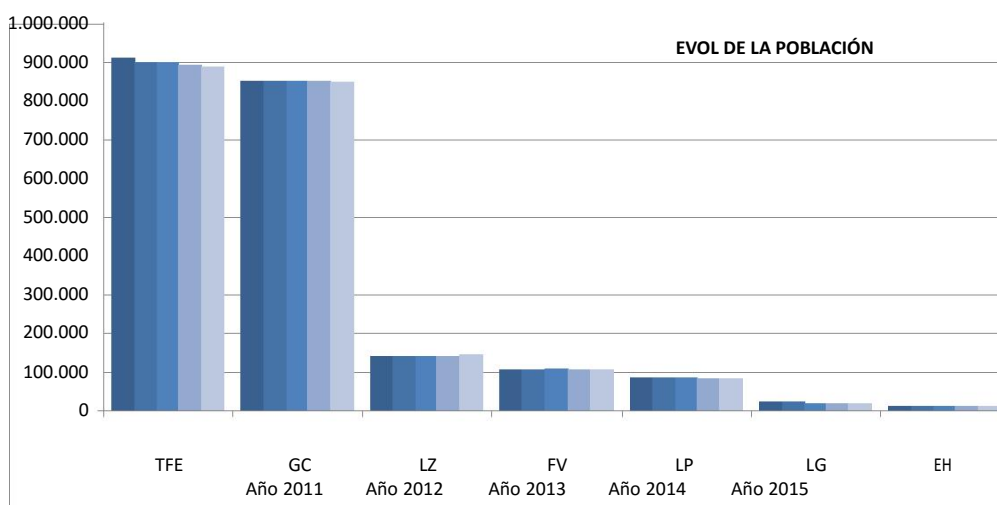


Gráfico 1. Evolución de la población 2011-2015 por islas.

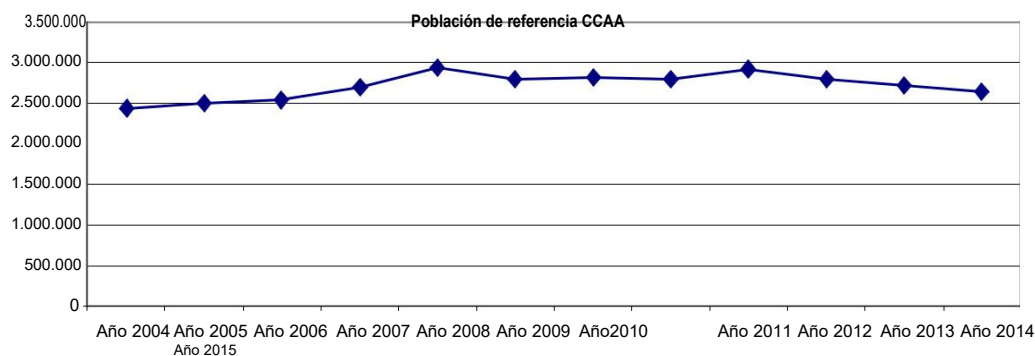


Gráfico 2. Población de la CC AA.

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

Tabla 2. Población por Áreas de Salud.

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

En el caso de las islas capitalinas, las proyecciones para ese mismo año parecen indicar

una tendencia a una mayor concentración de la población en las áreas metropolitanas, más marcado en la isla de Gran Canaria, con la siguiente distribución por comarcas:

Tabla 3. Población por comarcas.

Comarca ⁵	2019
GC-centro	601.548
GC-norte	113.510
GC-sur	229.283
TFE-centro	436.581
TFE-sur	268.568
TFE-norte	338.746

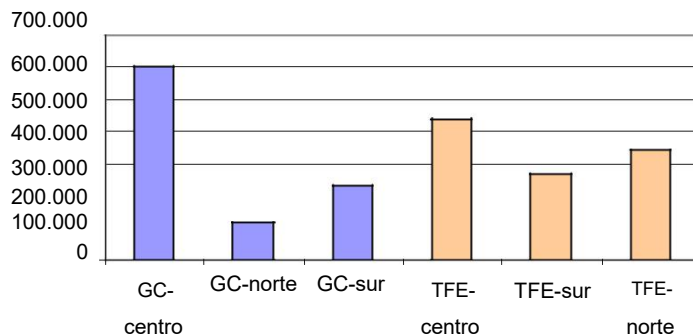


Gráfico 3. Población por comarcas.

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

Tabla 4. Población según grupos de edad.	2014	2015*
0 a 14 años	303.772	298.494
15 a 64 años	1.494.773	1.489.088
65 ó más años	306.270	311.067

*Explotación Estadística del Padrón Municipal / Resu ltados avance. Canarias. 1-1-2015

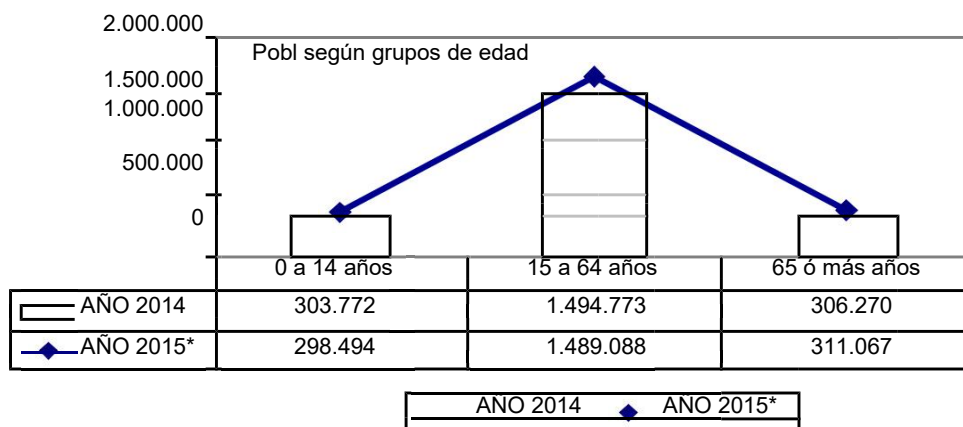


Gráfico 4. Población por grupos de edad.

⁵ - GC centro: Arucas, Las Palmas, Santa Brígida y Telde.

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

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

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

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

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

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

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

En el anexo 5 se recoge la población con tarjeta sanitaria Individual (T.S.I.) por Zona Básica de Salud, Centros de Salud y Consultorios a fecha de diciembre 2015.

2.3.- RECURSOS.

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

Recursos Asistenciales

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

A. Urgencias de Atención Primaria:

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

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

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

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

Tabla 5. Puntos de Urgencias de AP.

	Nº S. Urg.	S. Urg./100.000 hab.	Ratio por hab.
Tenerife	24	2,69	1 SU/37.081 hab.
Gran Canaria	30+1*	3,52	1 SU/28.372 hab.
La Palma	6	7,18	1 SU/13.909 hab.
Lanzarote**	4	2,79	1 SU/35.802 hab.
Fuerteventura	4	3,74	1 SU/26.733 hab.
La Gomera	5	24,13	1 SU/ 4.144 hab.
El Hierro	2	18,73	1 SU/5.338 hab.
Total Canarias	75+1*		1 SU/28.004 hab.
Media SNS			1 SU/24.338 hab.

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

* Contemplando el PAC de La Graciosa.

B. Servicio de Urgencias Canario (SUC). El SUC constituye el servicio de emergencias extrahospitalario. Está gestionado por la empresa pública Gestión de Servicios para la Salud y Seguridad en Canarias (GSC), dependiente del Gobierno de Canarias. Se creó en diciembre de 1994 como inicio del desarrollo del Plan Regional de Urgencias, contemplado en la Ley 11/1994 de Ordenación Sanitaria de Canarias. Se encuentra integrado en la Sala Operativa del Centro Coordinador de Emergencias y Seguridad (CECOES 1-1-2) desde mayo de 1.998, con total autonomía en la gestión de su actividad.

Los Recursos del SUC son los siguientes:

- 1.- Centro Coordinador: un centro coordinador con 2 salas operativas, una en Santa

Cruz de Tenerife y otra en Las Palmas de Gran Canaria. Están operativas las 24 horas los 365 días del año y con el siguiente personal por turno en las salas operativas: profesionales médicos coordinadores (3 M, 2 T y 1 N); gestores de recursos (3 M-T y 2 N); operadores de demanda (en función de la demanda).

2.- Recursos propios bajo coordinación y gestión directa: disponen de dos escalones de respuesta: básico y avanzado.

- ✓ Ambulancias de soporte vital básico (ASVB): Vehículos de asistencia y transporte sanitario urgente terrestre con capacidad para realizar transporte sanitario y aplicar medidas de soporte vital básico. Están operativos las 24 horas los 365 días al año. Dotación: 1 conductor y 1 de técnico de emergencias sanitarias.
- ✓ Ambulancias de soporte vital avanzado (ASVA): Vehículos acondicionados para la prestación de asistencia sanitaria en ruta y sostenimiento y control de las funciones vitales (soporte vital avanzado) en pacientes en situación de urgencia vital. Están operativos las 24 horas los 365 días del año. Dotación: medico: enfermera, y conductor - técnico en emergencias sanitarias-.
- ✓ Ambulancia sanitarizada (ASAN): Vehículos de asistencia y transporte sanitario urgente terrestre con capacidad para realizar transporte sanitario y aplicar medidas de soporte vital avanzado. Están operativos las 24 horas los 365 días del año. Dotación: enfermera y conductor - técnico en emergencias sanitarias -.
- ✓ Helicóptero (HL) y Avión medicalizado (AS): Son aeronaves acondicionadas para la prestación de asistencia sanitaria en ruta y sostenimiento y control de las funciones vitales (soporte vital avanzado) en pacientes en situación de urgencia vital. Están operativos las 24 horas los 365 días del año. Dotación: médico, enfermera, piloto y copiloto.
- ✓ Vehículo de intervención rápida (VIR): Vehículo destinado a la gestión y coordinación in situ de cualquier tipo de emergencia, así como de la intervención en servicios preventivos y situaciones de catástrofes. Dotación: gestor de recursos (en cal00idad de conductor) y médico.

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

Tabla 6. Distribución de Recursos del SUC.

Recursos Mviles 2015																			
	Provincia Las Palmas	Provincia S/C Tenerife	Distribución por islas														Distribución Horaria		
			Lanzarote		Fuerteventura		Gran Canaria		Tenerife		La Gomera		La Palma		El Hierro		12 H	24 H	Canarias
			12 H	24 H	12 H	24 H	12 H	24 H	12 H	24 H	12 H	24 H	12 H	24 H	12 H	24 H			
ASVB	43	49	2	4	1	5	8	23	7(+1 ^a)	24	1	5		8	1	2	13	71	92
ASVA	6	5		1		1		4		4				1				11	11
ASAN	5	5						5		4				1				10	10
VIR		1***							1***										1
VAM																			
HL	1	1						1*		1*							1	1	2
AS	1							1**										1	1
UMCAT	1	1						1		1								2	2
REMOLQUES	2	2						2		2								4	4
* 24/12 Horas meses alternos																			
** De presencia física de lunes a viernes de 09 a 21 horas. Resto Localizado.																			
*** Solo por las mañanas																			
^a Presencia física durante 8 horas																			

C. Urgencias Hospitalarias (SUH):

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

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

Si tenemos en cuenta los Servicios de Urgencias Hospitalarios:

Tabla 7. Hospitales de Canarias.

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

*No se han incluido los CEAU de Arona e Icod

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

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

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

CEAU, las ratios poblacionales serían las siguientes:

Tabla 8. Ratio SUH por población.

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

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

Recursos Humanos

En el momento actual, los servicios de urgencias, de cualquier nivel asistencial, cuentan con una plantilla de 1.765 profesionales de todas las categorías (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, auxiliares administrativos, celadores, informadores...). Ello supone un 10,83% del total de profesionales sanitarios que prestan sus servicios en centros del Servicio Canario de la Salud ⁶ y del Servicio de Urgencias Canario ⁷. Del total de profesionales, el 79,53% son trabajadores fijos o interinos y el 20,47% eventuales.

En diciembre de 2014, se publicó la adjudicación de plazas del concurso-oposición de Médicos de Urgencia Hospitalaria; esto ha permitido la estabilidad de las plantillas en estos servicios donde la rotación de personal es muy elevada. Así mismo, en el Boletín Oficial de Canarias de 15 de diciembre de 2014, se publicó la convocatoria de oposición centralizada de plazas de enfermería, concurso que se encuentra en estos momentos en fase de baremación.

Las plantillas de profesionales de atención primaria en el ámbito de la atención urgente, también se han visto consolidadas en base a la convocatoria de pruebas selectivas para el acceso a la condición de personal estatutario fijo en la categoría de médicos de familia en los órganos de prestación de servicios sanitarios del Servicio Canario de la Salud, publicado a finales de 2013.

La plantilla de médicos de los SUH ha experimentado un ligero ascenso desde el año 2010, en torno al 7%. El estudio de O. Miró (Emergencias 2014), recoge que la media de médicos por turno en hospitales de tercer nivel con una media superior a las 200 consultas/día es de 11, en un corte realizado a las 10 horas (rango 7-18), de 14 en un corte realizado a las 16 horas (rango 7-19), de 11 a las 20 horas (rango 6-20) y de 10 a las 04 horas (rango 6-16); en nuestra

⁶ Datos del Programa de Gestión Convenida correspondiente al ejercicio 2015.

⁷ Datos facilitados por la Gerencia de Gestión de Servicios para la Salud y Seguridad de Canarias.

Comunidad la media de profesionales médicos por turno en hospitales de similares características a las del estudio señalado, es de 9 en horario de mañana (rango 8-10), 6 en horario de tarde (5-7) y 3 en horario de noche (3-4), a excepción del HUMI de Gran Canaria, por su carácter monográfico.

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

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

- El tiempo destinado a atender a un paciente crítico o en el área de observación no es el mismo que en la zona de triaje o de consultas rápidas.
- La rigidez a la hora de distribuir los recursos: en algunos servicios, la organización del mismo puede llevar a concentración de profesionales en horario de mañana y ratios insuficientes en horario de tarde/noche.
- Los modelos “servicio” tienen una retribución preferentemente mediante guardias; implantar turnos supone contemplar en las retribuciones complementos de turnicidad, nocturnidad, festivos, etc., lo que puede suponer un incremento importante en el capítulo I. Otro modelo a valorar sería la definición de jornadas de mañana y tarde, con complementos de guardias para horario nocturno.
- El flujograma de llegada de los pacientes a los servicios de urgencias demuestra fluctuaciones a lo largo del día, habitualmente con una curva bimodal con un pico entre las 10 y las 16 horas y una demanda sostenida entre las 17 y las 20 horas. Sin embargo, la dotación de médicos y enfermeras se mantiene constante o incluso disminuye en horario de tarde. Si bien esta dotación puede tener relación con el importante volumen de pacientes que permanecen en observación más tiempo del conveniente y, por tanto, generan una carga de trabajo constante, la rigidez en los turnos puede limitar la respuesta a los picos de demanda y generar retrasos en la asistencia y en la organización del servicio.

Al analizar los recursos en los servicios de urgencias extra-hospitalarios, objetivamos una gran variabilidad, con una pluralidad organizativa que se recoge en el apartado 2.4 “Informe de la Atención Urgente de la Comunidad Autónoma”.

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

Así, en Atención Primaria, los MIR de 3º y 4º año, realizan actividad continuada en la modalidad de guardias en centros de salud con acreditación docente y atención a la urgencia en su cartera de servicios.

En atención hospitalaria, todos los MIR, sea cual sea la especialidad que realicen, tienen dentro de su desarrollo curricular la rotación por los Servicios de Urgencias. Sin embargo, sólo en el primer año y esporádicamente en el segundo, atienden la atención urgente general propiamente dicha; el resto de años de la residencia atienden la patología urgente relacionada con su especialidad por lo que no puede considerarse como parte del Servicio de Urgencias.

Los residentes de primer año que realizan parte de su actividad asistencial en los servicios de urgencias hospitalarios, empiezan su periodo formativo en el periodo mayo-julio, inicio del periodo vacacional y con ello coincidente con suplencias y sustituciones del personal habitual del servicio. Esto hace que el tiempo destinado a la supervisión y formación de estos residentes sea mayor, en un periodo ya complicado y supone una carga de trabajo adicional no cuantificado para el staff de los servicios de urgencias, ralentizando la asistencia.

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

Tabla 9. MIR en los SUH.

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

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

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

Los MIR de Medicina Familiar y Comunitaria realizan guardias en los servicios de urgencias de Atención Primaria, dentro de las rotaciones extrahospitalarias.

2.4. INFORME DE ATENCIÓN URGENTE DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANARIAS.

2.4.1. Informe global de la Comunidad Autónoma de Canarias.

Con carácter general, el número de demandas de atención urgente en cualquier nivel asistencial en la Comunidad Autónoma ha experimentado un descenso de en torno a un 1,7%, con respecto al año 2014, si bien estos datos, en lo que a la actividad de atención primaria se refiere, deben ser interpretados con cautela, por cuanto el sistema de información ha sufrido modificaciones en los últimos años y se ha producido un infraregistro en las cifras correspondientes al 2015, al no cuantificarse los registros en papel y sólo considerar el registro electrónico.

La evolución en los últimos años ha sido la siguiente:

Tabla 10. Evolución de las urgencias en la CCAA.

Urg C.A.	AP	AH	SUC	Total
Año 2011	1.476.085	692.987	281.374	2.450.446
Año 2012	1.368.388	666.741	274.509	2.309.638
Año 2013	1.361.276	646.793	264.629	2.272.698
Año 2014	1.366.858	665.398	276.024	2.308.280
Año 2015	1.306.509	677.211	284.763	2.268.483

AP: Atención Primaria; AH: Atención Hospitalaria; SUC: Servicio de Urgencias Canario

Los datos de actividad hacen referencia a contactos con cada uno de los ámbitos asistenciales, siendo posible la atención en uno o varios de ellos en un mismo proceso de salud.

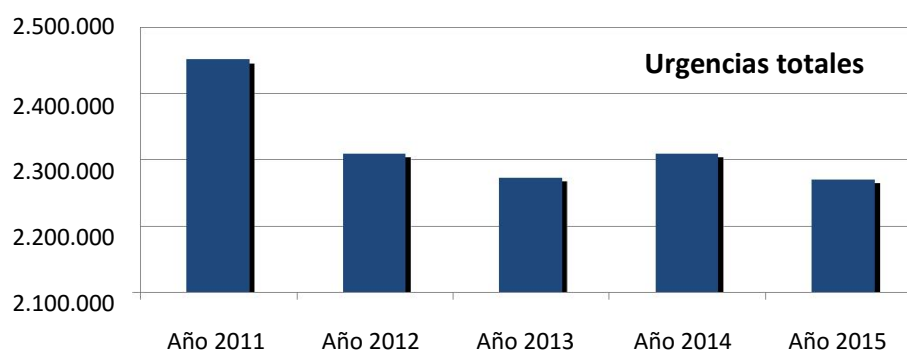


Gráfico 5. Evolución de las urgencias en la CCAA.

1. CENTROS SANITARIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

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

Tabla 11. Demanda de Atención Urgente en AP.

Urg. AP	Año 2011	Año 2012	Año 2013	Año 2014	Año 2015*	Variación 2014-2015
TFE	495.661	435.761	449.898	452.117	495.329	9,56%
GC	761.287	746.821	721.835	720.106	596.118*	-17,22%
LP	62.526	49.294	57.159	57.363	55.373	-3,47%
LZ	78.803	74.832	68.122	71.508	81.536	14,02%
FV	52.355	41.879	44.841	45.261	55.938	23,59%
LG	19.542	14.705	14.772	16.617	17.921	7,85%
EH	5.911	5.096	4.649	3.886	4.294	10,50%
TOTAL	1.476.085	1.368.388	1.361.276	1.366.858	1.306.509	-4,42%

*Problemas con el registro. La Gerencia de AP de GC, recoge unicamente actividad informatizada.

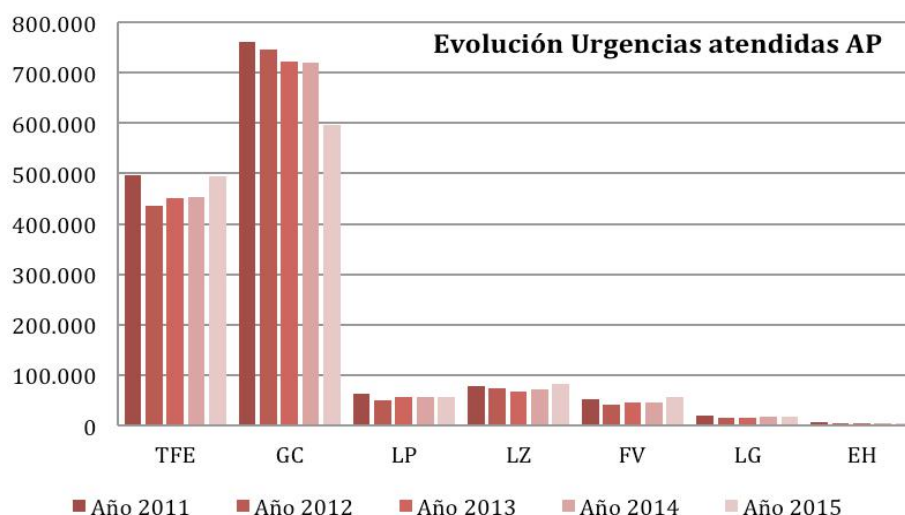


Gráfico 6. Evolución de las urgencias atendidas en AP.

Considerando las urgencias atendidas en función de la población de cobertura:

Tabla 12. Urgencias por 1000 habitantes.

Urg./1000 hab.	2011	2012	2013	2014	2015*
Tenerife	546	534	501	508	558
Gran Canaria	895	877	846	846	281
La Palma	545	633	893	687	672
Lanzarote	553	551	492	511	569
Fuerteventura	503	434	349	423	521
La Gomera	847	728	698	802	862
El Hierro	538	485	423	364	406

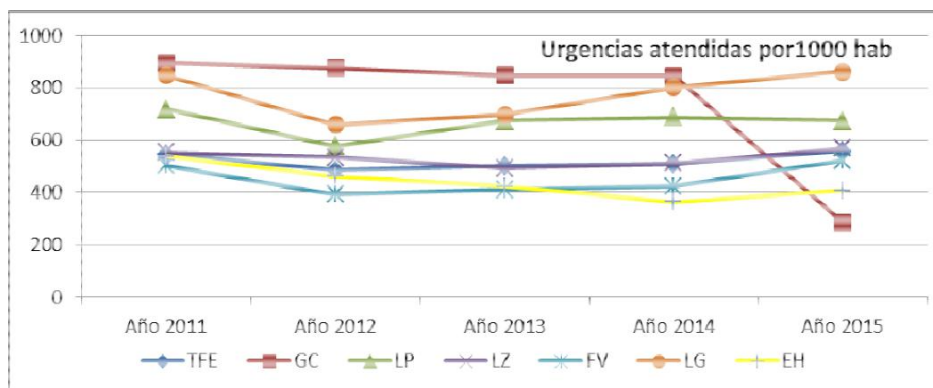


Gráfico 7. Urgencias atendidas por 1000 habitantes.

2. SERVICIO DE URGENCIAS CANARIO (SUC)

El Servicio de Urgencias Canario (SUC) forma parte del sistema de urgencias extrahospitalario y es uno de los eslabones de la cadena de socorro del Sistema Integral de Urgencias, integrado en la empresa pública Gestión de Servicios para la Salud y la Seguridad en Canarias (GSC), la cual se encuentra adscrita a las Consejerías de Sanidad y de Política Territorial, Medio Ambiente y Emergencias del Gobierno de Canarias.

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

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

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

Tabla 13. Recursos del SUC por islas.

	TFE	LP	LG	EH	GC	LZ	FV	TOTAL
SVB	28	6	6	3	31	6	6	86
ASAN	4	1	0	0	5	0	1	11
SVA	4	1	0	0	4	1	1	11
HL	1	0	0	0	1	0	0	2
AvSVA	0	0	0	0	1	0	0	1

SVB = recurso de soporte vital básico; ASAN = recurso sanitizado; SVA = recurso de soporte vital avanzado; HEM = helicóptero de soporte vital avanzado; AS = avión de soporte vital avanzado.

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

Tabla 14. Demanda asistencial del SUC.

C.A.	Año 2011	Año 2012	Año 2013	Año 2014	Año 2015	Variación 2014-2015
Demandas sanitarias atendidas	296.802	289.229	277.855	289.612	299.718	3,49%
Media/día	813	792	761	793	821	3,47%
Información sanitaria	15.428	14.720	13.226	13.588	14.955	10,06%
Incidentes sanitarios	281.374	274.509	264.629	276.024	284.763	3,17%
Personas atendidas	271.949	265.856	257.251	267.845	281.201	4,99%

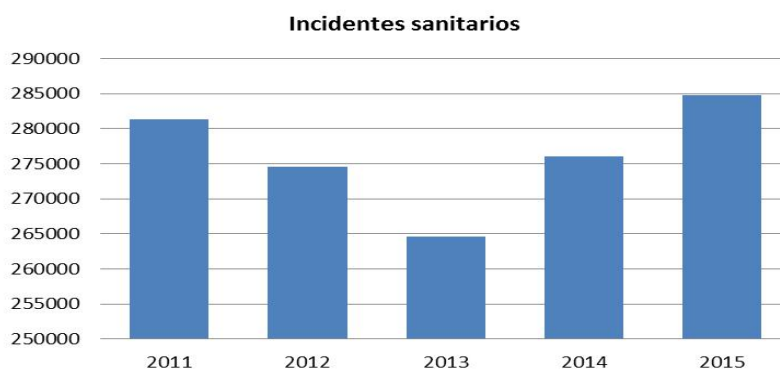


Gráfico 8. Incidentes sanitarios.

Del total de demandas recibidas, el 22% se resolvieron desde la sala de coordinación sin que fuera necesaria la movilización de ningún recurso sanitario; el 78% restante necesitó la movilización de un recurso de soporte vital básico y/o avanzado para su resolución:

Tabla 15. Demandas por salas de coordinación.

	Provincia S.C.Tenerife		Provincia Las Palmas		TOTAL	
	Año 2014	Año 2015	Año 2014	Año 2015	Año 2014	Año 2015
Sin movilización de recurso*	34.541	33.325	33.123	32.404	67.664	65.729
Con movilización de recurso**	90.088	94.912	131.860	139.077	221.948	233.989
TOTAL	124.629	128.237	164.983	171.481	289.612	299.718

*Infosalud + consulta médica // **Emergencias + urgencias sanitarias + transporte sanitario urgente + transporte interhospitalario + visita domiciliaria.

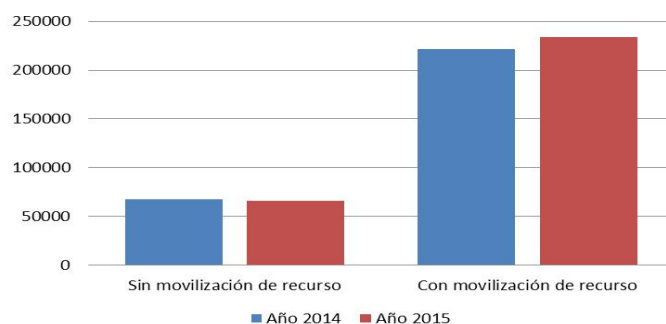


Gráfico 9. Demandas que generan movilización de recursos.

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

Tabla 16. Demandas por salas y mes del año.

Año 2015	Provincia S.C. Tenerife			Provincia Las Palmas		
	Consultas	Emergencias	Demandas	Consultas	Emergencias	Demandas
EN	2.355	4.605	11.726	2.526	5.278	15.504
FEB	2.151	4.420	11.000	2.399	5.054	14.462
MAR	2.191	4.639	11.689	2.386	5.420	15.444
ABR	2.121	3.947	10.331	2.094	4.553	13.489
MAY	2.039	3.977	10.301	2.098	4.800	13.525
JUN	1.854	3.877	9.931	1.921	4.482	12.842
JUL	1.932	4.149	10.563	2.077	5.062	14.272
AG	1.978	4.140	10.469	2.192	4.881	14.181
SEP	1.838	4.114	9.908	2.063	5.193	13.795
OCT	1.966	4.676	10.758	2.143	6.035	14.822
NOV	1.973	4.209	10.401	2.157	5.118	14.211
DIC	2.231	4.554	11.160	2.089	5.619	14.934
TOTAL	24.629	51.307	128.237	26.145	61.495	171.481

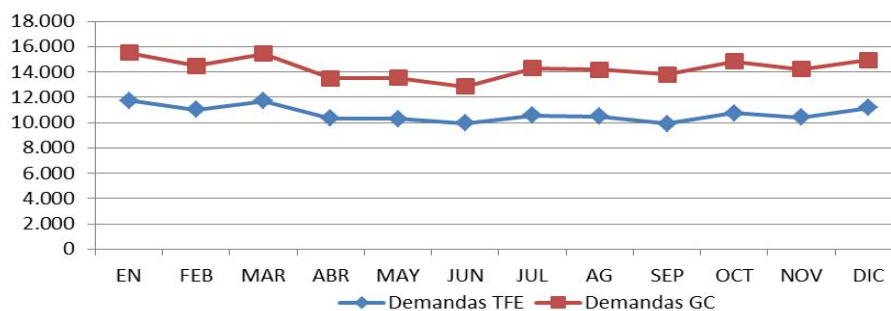


Gráfico 10. Demandas por salas y mes del año.

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

Tabla 17. Demandas con movilización de recursos.

	Provincia S.C. Tenerife		Provincia Las Palmas	
	Año 2014	Año 2015	Año 2014	Año 2015
Emergencias	48.565	51.307	56.787	61.495
Urgencias sanitarias	33.274	35.543	42.996	44.439
Transporte sanitario urgente*	258	253	23.045	23.424
Transporte interhospitalario	7.022	6.854	3.229	3.629
Visita domiciliaria	969	955	5.803**	6.090**

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

** Incluye las realizadas por el SEU en Las Palmas de Gran Canaria.

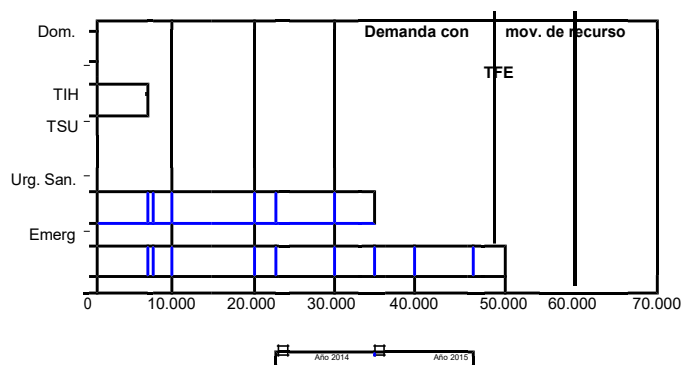


Gráfico 11. Movilización de recursos. SCTFE.

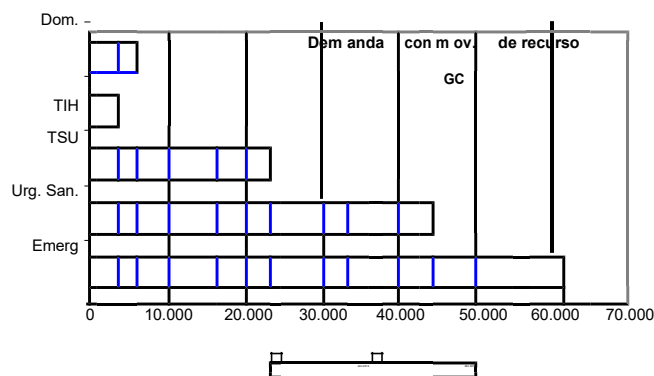


Gráfico 12. Movilización de recursos LPGC.

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

Tabla 18. Incidentes atendidos por islas.

Incidentes atendidos	Año 2011	Año 2012	Año 2013	Año 2014	Año 2015	Variación 2014-2015
LZ	13.917	13.908	13.874	15.335	16.171	5,45%
FV	10.374	10.468	9.972	10.855	12.239	12,75%
GC	141.567	136.525	130.225	133.619	136.812	2,39%
TFE	101.188	99.924	97.725	103.391	105.788	2,32%
LG	3.501	3.506	3.435	3.417	3.793	11,00%
LP	9.472	8.910	8.160	8.103	8.713	7,53%
EH	1.355	1.268	1.238	1.304	1.247	-4,37%
TOTAL	281.374	274.509	264.629	276.024	284.763	3,17%

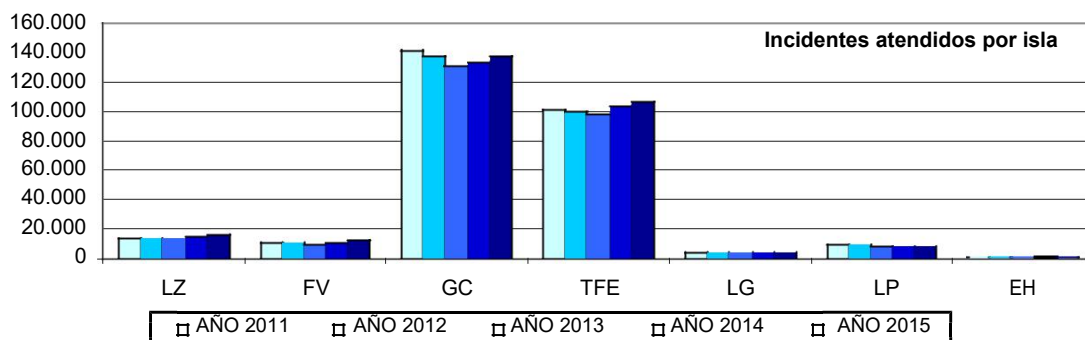


Gráfico 13. Incidentes atendidos por islas.

De la actividad realizada en el año 2015, el 57% tuvo lugar en la provincia de Las Palmas Gran Canaria y un 43% en la provincia de Santa Cruz de Tenerife. El Área de Salud con un mayor incremento de actividad en los últimos años ha sido Fuerteventura, donde se experimentó un crecimiento de en torno al 13%.

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

Tabla 19. Incidentes con movilización de recursos por provincias.

	Provincia S.C. Tenerife		Provincia Las Palmas		TOTAL	
	Año 2014	Año 2015	Año 2014	Año 2015	Año 2014	Año 2015
ASVB	73.141	76.863	116.804	121.448	189.945	198.311
ASVA	6.700	7.167	9.393	10.046	16.093	17.213
ASAN	7.733	8.256	9.356	9.405	17.089	17.661
HL	357	392	462	516	819	908
AS	139	98	567	613	706	711

ASVB: Ambulancia de soporte vital básico. / ASVA: ambulancia de soporte vital avanzado. / ASAN: ambulancia sanitizada. / HL: helicóptero de soporte vital avanzado. / AS: avión de soporte vital avanzado.

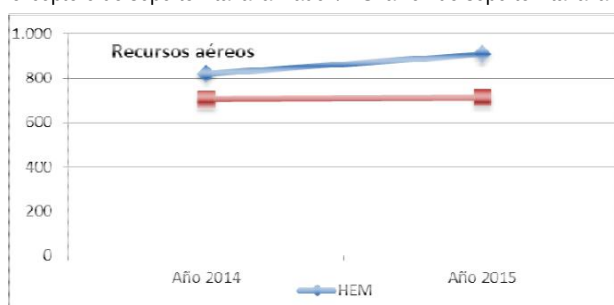


Gráfico 14. Movilización de recursos aéreos.



Gráfico 15. Movilización recursos terrestres.

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

Tabla 20. Destino de los traslados.

	AP	Hospitales públicos	Hospitales concertados	In situ*
Año 2011	46.262	104.242	23.311	24.513
Año 2012	45.951	101.086	23.027	23.079
Año 2013	42.136	102.722	22.799	22.609
Año 2014	42.649	108.835	23.963	24.240
Año 2015	43.160	111.701	22.617	24914

*Alta en el lugar del incidente (atendido, pero no trasladado)

El mayor número de traslados interhospitalarios (excluyendo hemoderivados) en el año 2015, han sido solicitados desde el Área de Salud de Lanzarote (% sobre el total):

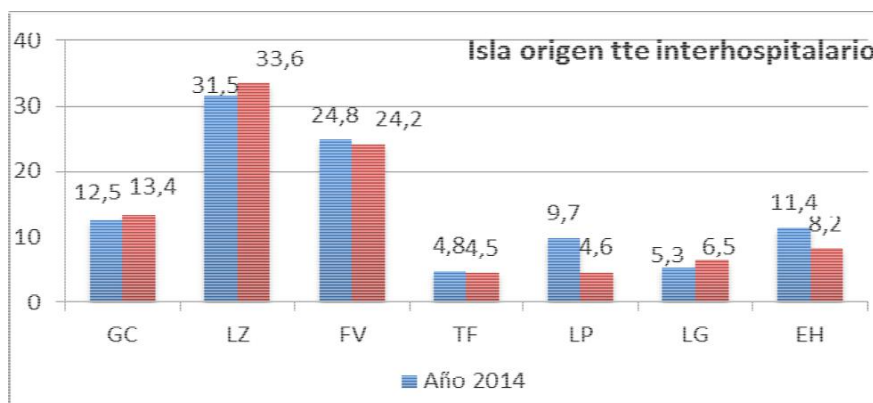


Gráfico 16. Islas de origen de los traslados interhospitalario.

3. CENTROS SANITARIOS DE ATENCIÓN HOSPITALARIA

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

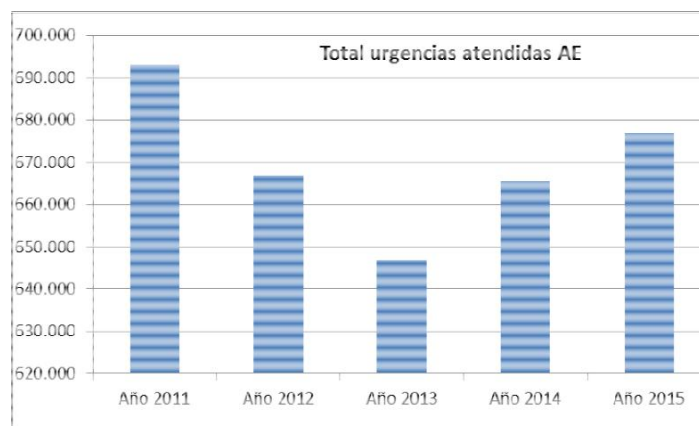


Gráfico 17. Total de urgencias atendidas en AE

Tabla 21. Evolución de la atención urgente en hospitales.

	Año 2011	Año 2012	Año 2013	Año 2014	Año 2015	Var 14-15
HUNSC	162.121	158.608	151.916	152.645	157.019	2,87%
CEAU Arona (H. del Sur)	49.088	48.128	46.628	48.526	52.803	8,81%
HUC	79.920	78.054	76.870	87.053	90.485	3,94%
CEAU ICOD (H. del Norte)				10.777	14.279	32,50%
HU. DR NEGRÍN	87.907	85.692	82.440	83.257	82.313	-1,13%
HU. INSULAR	72.665	71.242	71.728	72.899	71.372	-2,09%
HU. M-I	81.358	77.585	72.879	71.096	70.189	-1,28%
HGLP	26.968	25.640	25.710	24.663	25.121	1,86%
HG FV	38.157	37.033	35.480	36.685	38.395	4,66%
HG LZ	60.223	54.665	54.213	53.836	56.524	4,99%
HNSG	8.290	7.925	7.495	7.754	7.934	2,32%
HNSR	6.272	6.234	5.878	5.528	5.499	-0,52%
Red Hospiten	53.081	52.297	52.504	51.921	51.603	-0,61%
H San Roque	16.025	11.766	9.680	18.061	20.757	14,93%
TOTAL	692.987	666.741	646.793	665.398	677.211	1,74%

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

Tabla 22. Urgencias en relación con población de cobertura.

	Año 2011	Año 2012	Año 2013	Año 2014	Año 2015
HUNSC	327	290	298	304	343
CEAU Arona (H. del Sur)	230	219	207	222	240
HUC	194	166	198	225	234
CEAU ICOD (H. del Norte)				211	283
HU. DR NEGRÍN	259	258	247	246	242
HU. INSULAR	208	210	209	208	202
HU. M-I	242	238	226	230	274
HG LP	309	166	302	296	305
HG FV	367	348	325	343	358
HG LZ	423	385	382	379	395
HNSG	359	355	354	374	382
HNSR	570	565	535	518	519
H. Sur	136	131	125	132	132
H. Norte	181	143	157	146	210
H San Roque	111	80	66	123	142

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

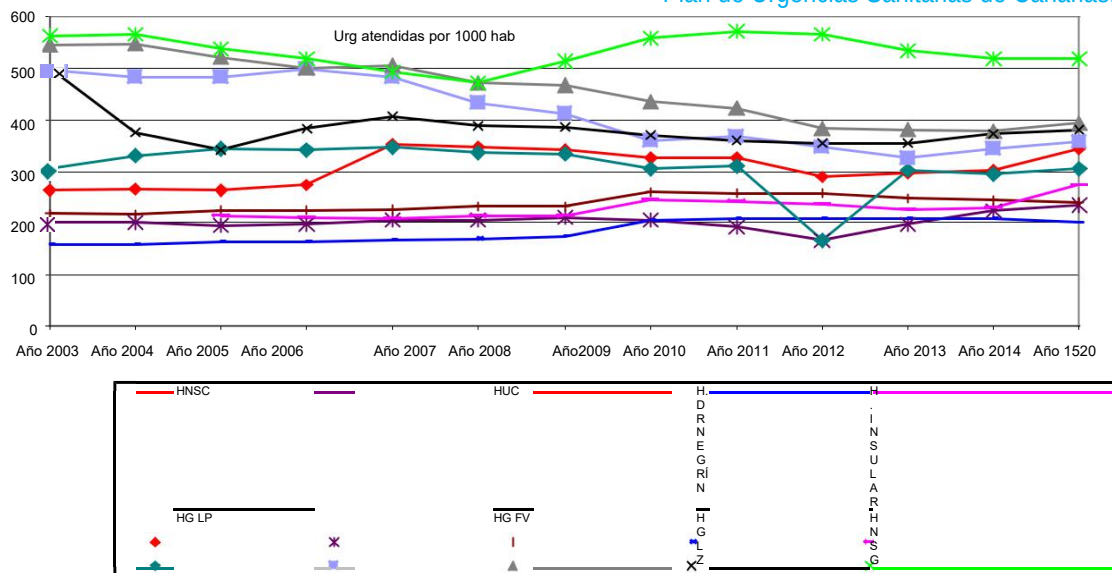


Gráfico 18. Urgencias por 1000 habitantes.

Según datos del portal estadístico del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del año 2013⁸, la media de urgencias atendidas en hospitales públicos y privados canarios por cada 1.000 habitantes ascendió a 466,9. Considerando solo la oferta pública, la frecuentación es de 278,25 urgencias atendidas por 1.000 habitantes, hecho que puede estar relacionado con la condición archipelágica de la Comunidad y el dimensionamiento de los recursos en base a criterios de dispersión y accesibilidad.

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

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

Tabla 23. Evolución de las urgencias por mes y años.

	AÑO 2010	AÑO 2011	AÑO 2012	AÑO 2013	AÑO 2014	AÑO 2015
Enero	41.604	45.566	42.497	39.457	39.705	41.413
Febrero	36.414	39.209	39.981	37.141	37.172	38.437
Marzo	41.142	41.575	38.648	39.184	40.797	41.145
Abril	40.401	39.875	37.772	38.770	38.101	38.725
Mayo	41.327	40.964	39.910	37.503	38.942	38.200
Junio	39.546	38.750	38.216	36.122	37.382	36.818
Julio	39.113	37.745	37.481	37.308	36.454	37.858
Agosto	39.327	38.801	37.415	37.596	38.589	37.733
Septiembre	39.971	38.812	37.123	36.736	39.133	38.542
Octubre	43.416	42.181	41.589	40.024	40.949	41.031
Noviembre	42.764	39.625	38.319	38.340	38.615	40.337
Diciembre	43.550	40.868	38.870	38.652	41.121	40.838

⁸ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: <http://peestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es/publicosns>

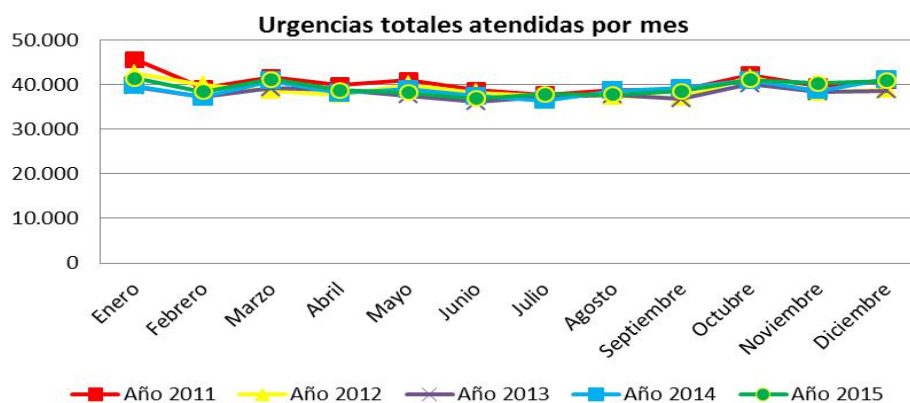


Gráfico 19. Urgencias atendidas por mes.

Tras análisis de los seis últimos años, los meses de mayor demanda respecto a la media anual (valor 100) son los meses de octubre a enero. Siendo junio, julio y agosto los meses con menos demanda de atención urgente en la comunidad. Si bien el comportamiento varía de las islas capitalinas a las islas no capitalinas, relacionado fundamentalmente con la demanda turística en islas como Lanzarote y Fuerteventura.

Tabla 24. Índice base promedio.

	Años 2010-2015	Índice Base Promedio (base 100)
Enero	250.242	107,44
Febrero	228.354	98,04
Marzo	242.491	104,11
Abril	193.243	82,97
Mayo	236.846	101,69
Junio	226.834	97,39
Julio	225.959	97,01
Agosto	229.461	98,52
Septiembre	230.317	98,88
Octubre	249.190	106,99
Noviembre	238.000	102,18
Diciembre	243.899	104,27

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

Área de Salud de Tenerife

Tabla 25. Evolución urgencias Área de Salud de Tfe.

Área TFE.	Año 2010	Año 2011	Año 2012	Año 2013	Año 2014	Año 2015	TOTAL
EN	21.376	23.119	21.496	19.705	19.973	22.116	127.785
FEB	18.275	19.730	19.785	18.576	18.732	20.554	115.652
MAR	20.735	20.754	17.554	19.492	20.196	21.374	120.105
AB	20.324	20.218	19.073	19.896	19.091	20.035	118.637
MAY	20.990	20.453	19.958	18.979	19.509	20.427	120.316
JUN	19.845	19.092	19.058	17.966	18.599	19.433	113.993
JUL	19.871	18.732	19.009	18.782	18.320	19.885	114.599
AG	19.463	19.566	18.798	19.181	20.475	20.001	117.484
SEP	20.289	19.422	19.013	18.718	20.879	20.070	118.391
OCT	22.071	20.779	20.800	19.977	21.595	21.147	126.369
NOV	21.737	19.657	19.041	19.320	20.269	21.197	121.221
DIC	21.564	20.519	19.717	19.194	22.060	21.703	124.757
TOTAL	246.540	242.041	233.302	229.786	239.698	247.942	1.439.309

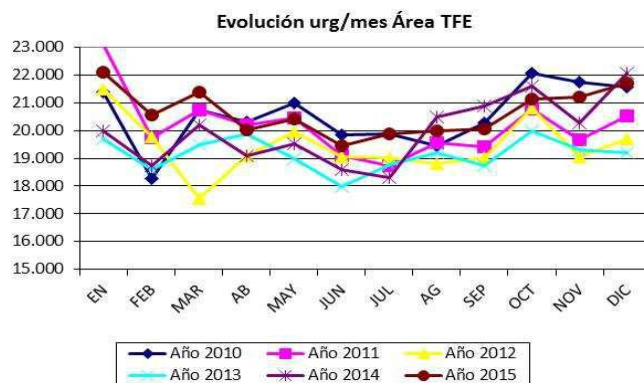


Gráfico 20. Evolución de las urgencias A.S. de TFE.

Área de Salud de Gran Canaria:

Tabla 26. Evolución urgencias Área de Salud de GC.

Área G.C.	Año 2010	Año 2011	Año 2012	Año 2013	Año 2014	Año 2015	TOTAL
EN	20.228	22.447	21.001	19.752	19.732	19.297	122.457
FEB	18.139	19.479	20.196	18.565	18.430	17.883	112.692
MAR	20.407	20.821	21.094	19.692	20.601	19.771	122.386
AB	20.077	19.657	18.699	18.874	19.010	18.690	115.007
MAY	20.337	20.511	19.952	18.524	19.433	17.773	116.530
JUN	19.701	19.658	19.158	18.156	18.783	17.385	112.841
JUL	19.242	19.013	18.472	18.526	18.134	17.973	111.360
AG	19.864	19.235	18.617	18.415	18.114	17.732	111.977
SEP	19.682	19.390	18.110	18.018	18.254	18.472	111.926
OCT	21.345	21.402	20.789	20.047	19.354	19.884	122.821
NOV	21.027	19.968	19.278	19.020	18.346	19.140	116.779
DIC	21.986	20.349	19.153	19.458	19.061	19.135	119.142
TOTAL	242.035	241.930	234.519	227.047	227.252	223.135	1.395.918

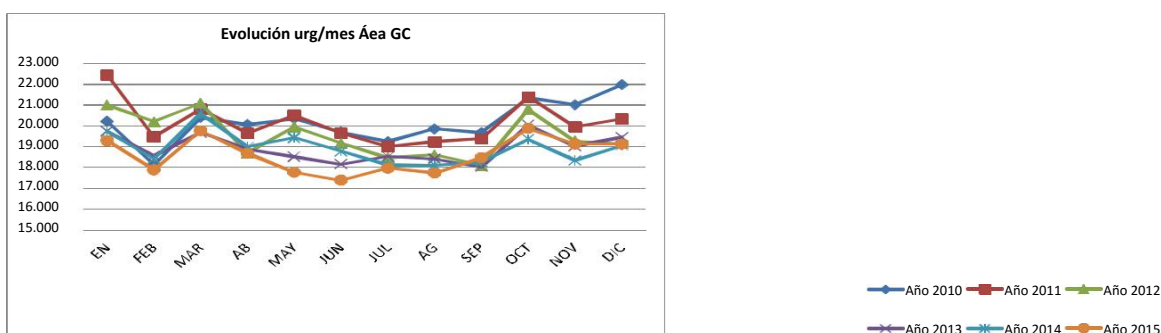


Gráfico 21. Evolución urgencias A. S. de GC.

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

Tabla 27. Urgencias mes por 1000 habitantes.

GC	AÑO 2010	AÑO 2011	AÑO 2012	AÑO 2013	AÑO 2014	AÑO 2015
EN	24	26	25	23	23	27
FEB	21	23	24	22	22	25
MAR	24	24	25	23	24	26
ABR	24	23	22	22	22	24
MAY	24	24	23	22	23	25
JUN	23	23	22	21	22	23
JUL	23	22	22	22	21	24
AG	23	23	22	22	21	24
SEP	23	23	21	21	21	24
OCT	25	25	24	24	23	25
NOV	25	23	23	22	22	25
DIC	26	24	22	23	22	26

TFE	AÑO 2010	AÑO 2011	AÑO 2012	AÑO 2013	AÑO 2014	AÑO 2015
EN	24	25	24	22	22	24
FEB	20	22	22	21	21	23
MAR	23	23	20	22	23	25
ABR	22	22	21	22	21	24
MAY	23	23	22	21	22	22
JUN	22	21	21	20	21	22
JUL	22	21	21	21	21	23
AG	21	22	21	21	23	22
SEP	22	21	21	21	23	23
OCT	24	23	23	22	24	25
NOV	24	22	21	22	23	24
DIC	24	23	22	21	25	24

*Sin contabilizar urgencias atendidas C. San Roque Maspalomas

*Sin contabilizar las urgencias atendidas en la Red Hospiten

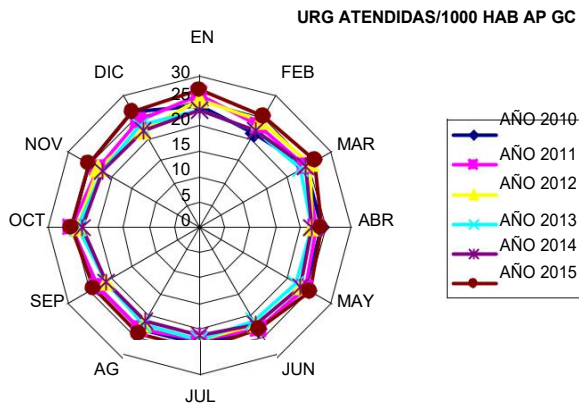


Gráfico 23. Urgencias atendidas por 1000 hab. GC.

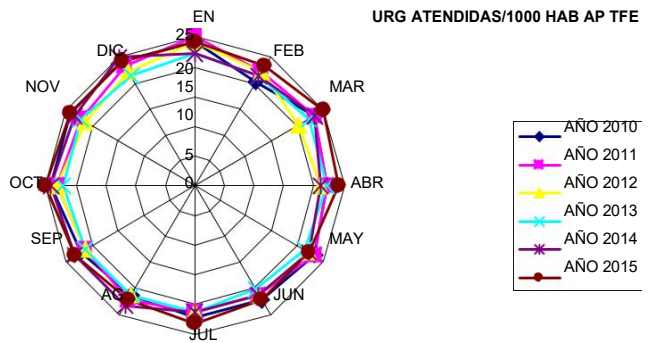


Gráfico 24. Urgencias atendidas por 1000 hab. TFE.

En relación a la demanda de atención urgente, considerando el día de la semana, se observa una mayor demanda en el inicio de la semana, disminuyendo en unos 2 puntos porcentuales los fines de semana.

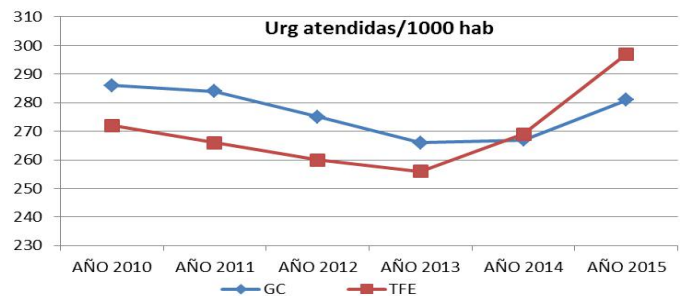
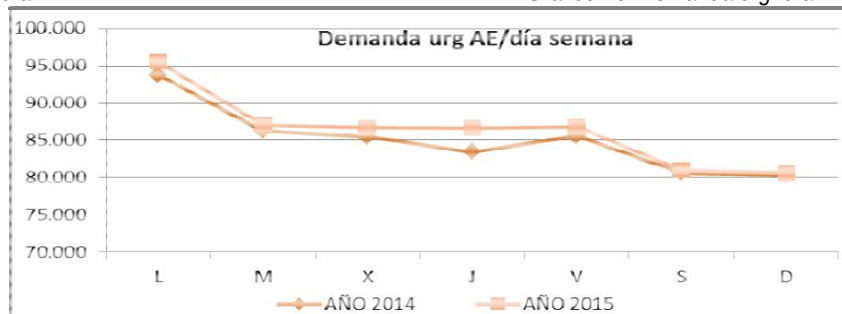


Tabla 28. Demanda de urg./ día.

	AÑO 2014	AÑO 2015
L	15,75%	15,81%
M	14,48%	14,41%
X	14,36%	14,34%
J	14,01%	14,33%
V	14,37%	14,37%
S	13,55%	13,40%
D	13,49%	13,33%

Gráfico 26. Demanda urg. día



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

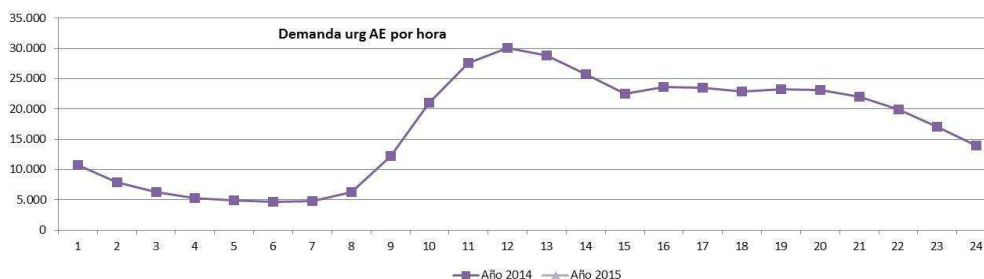


Gráfico 27. Demanda de urgencias por hora AE.

Si agrupamos la demanda de atención urgente hospitalaria en relación a los turnos habituales de trabajo en los hospitales de la Comunidad,⁹ se observa escasa diferencia entre las demandas de mañana y tarde, con un 41% y un 39% respectivamente y un descenso considerable en horario nocturno (20%). Este comportamiento se ha mantenido en los últimos 2 años:

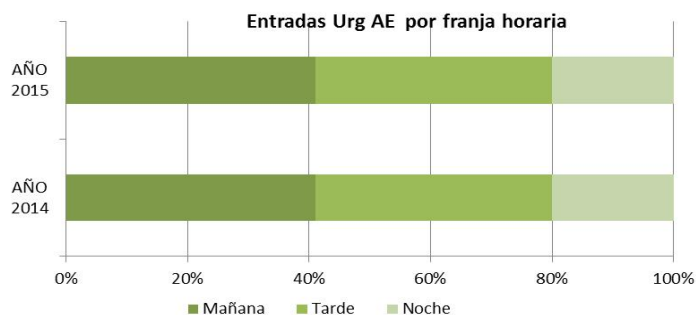


Gráfico 28. Entradas en urgencias por franja horaria.

⁹ Mañana: de 08 a 15 horas; Tarde: de 15 a 22 horas; Noche: 22 a 08 horas.

Según datos del Barómetro Sanitario 2014¹⁰, el 29,7% de los usuarios del Sistema Nacional de Salud solicitó atención urgente en el año 2013 (36,7% en el caso de Canarias). De ellos, el 41% acudió exclusivamente a su centro de Atención Primaria y el 45,4% acudió exclusivamente a los servicios de urgencias hospitalarios para ser atendido.

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

En Canarias, el porcentaje de pacientes que solicitan atención urgente en los centros de atención especializada por decisión propia ronda el 62%, frente a un 35% que lo hace por indicación médica. Analizando los últimos 4 años, se observa una leve tendencia al aumento de las consultas urgentes por derivación médica, aunque la proporción de demandas por petición propia sigue siendo muy elevada.

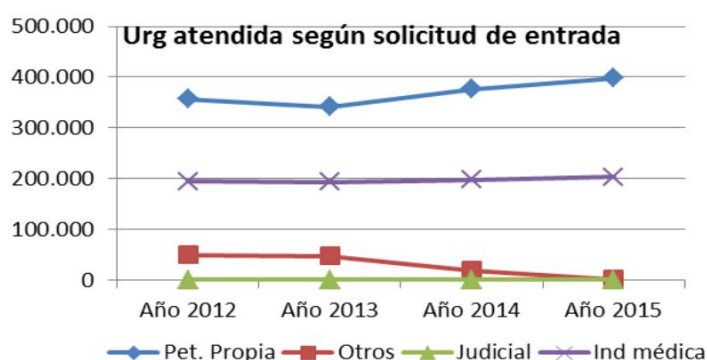


Gráfico 29. Urgencias según solicitud de entrada.

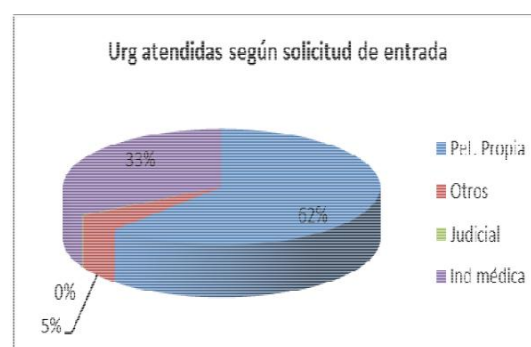


Gráfico 30. Urgencias según solicitud de entrada.

Sin que pueda considerarse como el único factor determinante, es de reseñar que a finales del año 2014 se inició una Campaña publicitaria multiplataforma de Concienciación sobre el Uso Racional de los Servicios de Urgencias, con especial atención a la utilización del primer nivel asistencial – la Atención Primaria de Salud – como acceso al sistema sanitario también en la atención continuada.

En nuestra Comunidad, el índice de ingreso en relación a los usuarios atendidos en los servicios de urgencias hospitalarios, no llega al 12% (11,85%) de los que precisan ingreso en el hospital, siendo el resto dados de alta,



¹⁰ Barómetro sanitario 2014. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [disponible: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/BS_2014/cru8814ccaa.pdf]

manteniendo cifras inferiores a las del estudio nacional del Barómetro Sanitario.

Los usuarios que acuden a los servicios de urgencias hospitalarios pasan una media de 430 minutos en el servicio (aproximadamente 7 horas), considerando el tiempo transcurrido desde que se realiza el registro de entrada en el servicio hasta que se produce el alta administrativa (el servicio de admisión procede al cierre del episodio de atención en el servicio), la cual no tiene por qué coincidir con el alta médica. La validez de este indicador está relacionada con el uso efectivo de la historia clínica electrónica en el ámbito de urgencias por parte de todos los perfiles profesionales y la concordancia entre el alta clínica y el alta administrativa.

Tabla 29. Tiempo medio de permanencia (horas).

	AÑO 2013	AÑO 2014	AÑO 2015
HUC	8,26	11,37	12,81
HUNSC	7,41	10,26	10,94
HU. INS	7,22	7,76	7,33
HU. M-I	3,62	3,12	2,97
HU. DrN	7,09	8,01	7,55

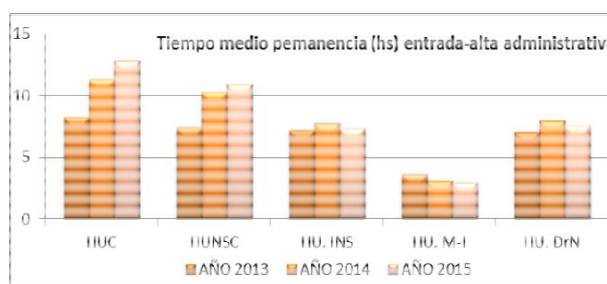


Gráfico 31. Tiempo medio de permanencia (horas).

Los servicios de urgencias hospitalarios son la principal puerta de entrada de la hospitalización (aproximadamente el 70-75% de los ingresos hospitalarios en el ámbito nacional tienen esta vía de entrada, a ese porcentaje se le denomina "presión de urgencias". En nuestro medio las cifras medias de presión de urgencias están en torno al 75%, si consideramos el total de centros hospitalarios de la Comunidad y del 62% si consideramos sólo la actividad de los hospitales de tercer nivel. Su actividad llega a condicionar, en los centros hospitalarios, la gestión de camas, la programación quirúrgica y la gestión de la lista de espera.

Tabla 30. Presión de urgencias hospitalares.

Año	Presión urgencias del Hospital					Urgencias no ingresadas				
	2011	2012	2013	2014	2015	2011	2012	2013	2014	2015
HUNSC	67,39%	70,31%	68,85%	70,42%	70,27%	90,16%	89,75%	89,80%	89,81%	89,77%
HUC	53,44%	62,08%	58,01%	60,38%	60,83%	85,84%	85,13%	84,69%	85,84%	85,74%
HU-I	65,37%	68,53%	64,60%	61,86%	63,35%	87,49%	87,24%	87,12%	86,85%	86,30%
HUM-I	69,85%	70,22%	67,45%	69,85%	69,06%	88,66%	88,35%	89,14%	88,90%	89,48%
HUdrN	53,61%	56,99%	51,85%	53,81%	52,20%	88,55%	88,44%	88,97%	89,16%	89,70%
HGLP	67,52%	65,19%	64,68%	63,51%	65,01%	84,38%	84,42%	84,91%	85,78%	85,61%
HDrMO	71,67%	77,52%	75,86%	73,59%	75,06%	90,73%	89,59%	88,99%	88,87%	89,49%
HGFV	69,31%	70,11%	64,32%	66,64%	71,61%	89,31%	88,83%	88,79%	89,03%	88,94%
HNSG	80,59%	79,61%	79,37%	80,90%	70,71%	90,11%	90,38%	90,62%	91,00%	91,90%
HNSR	84,99%	80,52%	71,50%	76,78%	79,20%	94,69%	94,56%	93,43%	94,14%	93,91%

Si tenemos en cuenta los datos globales, la presión de urgencias de los hospitales, de la comunidad, es de media del 64,80%. Considerando los 4 centros de tercer nivel de la comunidad la presión de urgencias es de un 63,29% (60,45% para los hospitales del Área de Salud de Gran Canaria y 65,94% para los hospitales del Área de Salud de Tenerife).

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

Si se estudian los indicadores funcionales relacionados con los ingresos urgentes del hospital en los últimos años, se objetiva un incremento de la complejidad de los pacientes atendidos (IC) con una discreta mejora de la eficiencia (IF): Indicadores depurados¹¹:

Tabla 31. Indicadores de actividad hospitales grupo 4.

H. GRUPO 4. C.A. Canarias	Año 2012	Año 2013	Año 2014	Año 2015
Altas depuradas	56.886	54.035	52.471	56.737
Estancia media depurada	7,65	7,69	7,91	7,92
Peso medio depurado	1,9323	1,9107	2,0241	2,0764
E. media norma inliers	6,61	6,56	6,54	6,58
Diferencia norma	1,04	1,12	1,37	1,33
IEMA	1,1531	1,1492	1,1453	1,1192
EMAC	7,86	7,76	7,63	7,5
EMAF	6,63	6,69	6,91	7,07
Índice casuístico	1,0039	1,0193	1,0566	1,0741
Índice funcional	1,1892	1,1821	1,1672	1,1387

*Fuente: CMBD del año correspondiente. Agrupador APV27 estatal 2011.

¹¹ IEMA: índice de estancia media ajustada (<1 funcionamiento más eficiente a igualdad de casuística respecto al estándar) // EMAC: estancia media ajustada por casuística (>1 mayor complejidad con respecto al estándar para un nivel de funcionamiento equivalente a la norma) // EMAF: estancia media ajustada a funcionamiento (<1 más eficiente por menor duración estancia para un nivel de complejidad equivalente que la norma) // Índice casuístico >1 casuística del hospital es más compleja respecto al funcionamiento de la norma // Índice funcional <1 mayor eficiencia respecto al estándar)

Tabla 32. Indicadores de actividad hospitalares de Tenerife.

	HUC				HUNSC			
	Año 2012	Año 2013	Año 2014	Año 2015	Año 2012	Año 2013	Año 2014	Año 2015
Altas depuradas	12.227	11.863	12.333	14.960	18.289	17.681	16.924	17.017
Estancia media depurada	7,95	8,23	8,37	7,87	6,9	6,95	7,46	7,65
Peso medio depurado	1,9435	1,9525	2,0475	2,0625	1,7887	1,7737	1,9687	2,0319
E. media norma inliers	6,43	6,47	6,48	6,47	6,37	6,38	6,32	6,38
Diferencia norma	1,52	1,76	1,89	0,77	0,53	0,57	1,14	0,76
IEMA	1,1798	1,1949	1,1948	1,108	1,1106	1,1131	1,1098	1,1096
EMAC	7,69	7,9	7,87	7,35	7,61	7,44	7,13	7,17
EMAF	6,74	6,89	7,01	7,10	6,21	6,25	6,72	6,90
Índice casuístico	1,076	1,0652	1,0823	1,0974	0,9751	0,9787	1,0631	1,0804
Índice funcional	1,1959	1,2217	1,2151	1,1359	1,1941	1,1651	1,1273	1,1225

Tabla 33. Indicadores de actividad hospitalares de Gran Canaria.

	HUDrN				HU Insular				HU M-I			
	Año 2012	Año 2013	Año 2014	Año 2015	Año 2012	Año 2013	Año 2014	Año 2015	Año 2012	Año 2013	Año 2014	Año 2015
Altas depuradas	8.673	7.858	6.434	8.139	8.062	8.353	8.518	8.770	9.635	8.280	8.262	7.851
Estancia media depurada	10,29	10,07	10,59	10,81	9,70	9,64	9,32	8,93	4,59	4,25	4,60	4,45
Peso medio depurado	2,4823	2,3893	2,583	2,5897	2,5905	2,5231	2,5258	2,5481	1,1473	1,0584	1,1634	1,1427
E. media norma inliers	7	7	6,97	7,02	6,8	6,63	6,84	6,89	6,46	6,3	5,94	6,04
Diferencia norma	3,29	3,07	3,62	2,19	2,89	3,01	2,48	0,43	-1,87	-2,05	-1,34	0,24
IEMA	1,2338	1,2163	1,2383	1,2545	1,1382	1,1409	1,1015	1,0505	1,0984	1,0448	1,083	1,057
EMAC	8,65	8,69	8,83	8,93	7,97	7,49	7,66	7,49	7,27	7,14	6,32	6,21
EMAF	6,21	6,25	6,72	8,62	8,52	8,45	8,46	8,5	4,18	4,07	4,24	4,21
Índice casuístico	0,9751	0,9787	1,0631	1,2272	1,2518	1,2735	1,2377	1,2343	0,6467	0,6457	0,7146	0,6966
Índice funcional	1,2368	1,2408	1,2657	1,2723	1,1707	1,1289	1,1206	1,0878	1,1244	1,1331	1,0637	1,0279

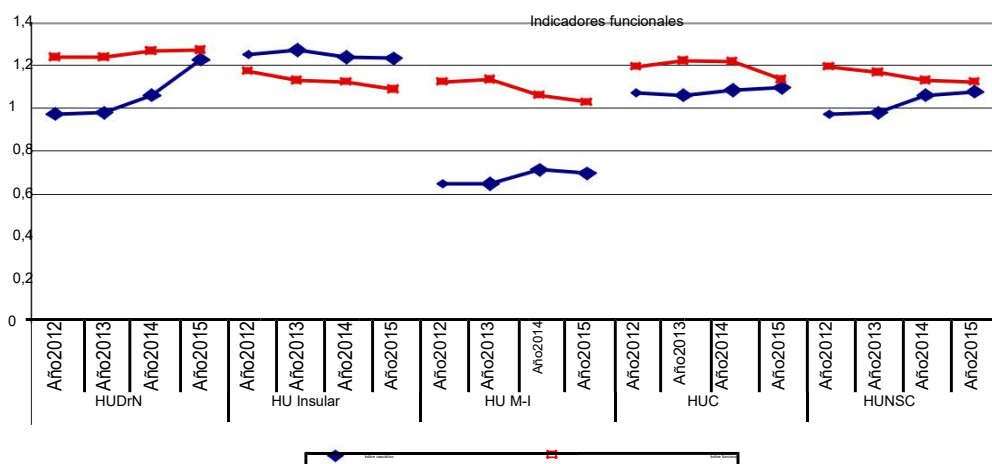


Gráfico 32. Indicadores de actividad hospitalares grupo 4.

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

nivel de la comunidad hacia centros concertados han experimentado la siguiente evolución:

Tabla 34. Derivaciones a centros concertados.

Centro peticionario	Año 2.011	Año 2.012	Año 2.013	Año 2014	Año 2015	Variación 2014-2015
HUDrN	889	1.017	1.055	804	863	7,34%
CHUIMI	911	775	794	680	971	42,79%
HUNSC	3.317	3.532	3.577	2.791	2.666	-4,48%
HUC	3.032	2.635	2.737	2.171	2.095	-3,50%

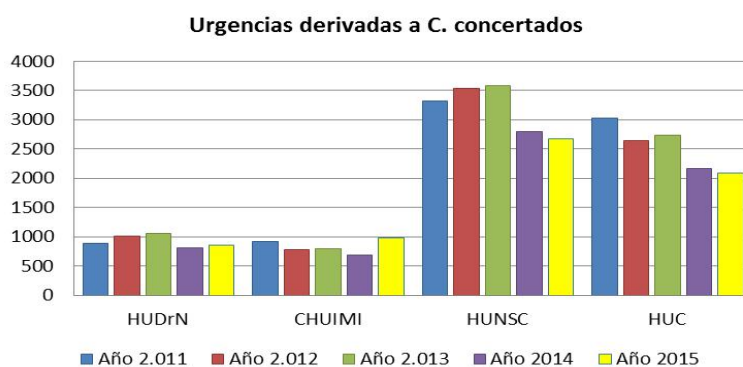


Gráfico 33. Urgencias derivadas a centros concertados

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

Es de reseñar que se observa un aumento de las derivaciones en el Área de Salud de Gran Canaria y un descenso, leve pero sostenido en el Área de Salud de Tenerife.

2.4.2. Informe Asistencial por Áreas de Salud y Hospitales.

AREA DE SALUD DE TENERIFE

La población de cobertura del Área de Salud de Tenerife ha experimentado un descenso de un 0,20% en relación al año 2014 – considerada según datos del censo –, pero de un ascenso de la población asignada mediante Tarjeta Sanitaria (TSI) de un 1%. Proporcionalmente, la población del área de salud de Tenerife supone un 42,29% del total de la Comunidad Autónoma.

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

Tabla 35. Urgencias de AP área influencia HUNSC/ HUC.

Área de influencia HUNSC	Año 2014	Año 2015	Var 14-15	Urg./día 2015	Urgencias derivadas 2015
ALCALÁ	11.679	11.557	-1,04%	32	6,52%
ADEJE	18.388	19.227	4,56%	53	3,08%
ANAGA	10.227	10.842	6,01%	30	2,43%
AÑAZA*		5.830		25	3,52%
ARICO	4.733	5.109	7,94%	14	2,99%
ARONA	21.335	25.178	18,01%	69	2,34%
CANDELARIA	18.218	20.062	10,12%	55	4,36%
GÜIMAR	18.941	20.796	9,79%	57	5,03%
GRANADILLA	21.536	22.836	6,04%	63	4,51%
GUÍA DE ISORA	10.957	11.035	0,71%	30	4,25%
LOS GLADIOLOS	30.688	32.848	7,04%	90	1,77%
OFRA	41.634	34.935	-16,09%	96	1,55%
TÍNCER*		17.843		74	6,10%
SUP JAIME CHAVEZ	28.717	31.403	9,35%	86	
TOTAL	237.053	269.501	13,69%	774	3,72%

*Apertura último trimestre 2015

Área de influencia HUC	Año 2014	Año 2015	Var 14-15	Urg./día 2015	Urgencias derivadas 2015
ICOD*	12.917	15.102	16,92%	41	4,03%
LA GUANCHA	9.617	9.239	-3,93%	25	7,27%
LA LAGUNA	41.797	41.056	-1,77%	112	3,80%
LA OROTAVA	29.659	30.916	4,24%	85	4,29%
LA VICTORIA	19.334	18.958	-1,94%	52	5,27%
LOS REALEJOS	34.900	38.395	10,01%	105	6,97%
LOS SILOS	10.762	11.199	4,06%	31	5,75%
PTO CRUZ	20.339	22.460	10,43%	62	3,89%
TACORONTE	16.816	18.282	8,72%	50	4,35%
TEJINA	18.923	20.213	6,82%	55	4,30%
TOTAL	215.064	225.820	5,00%	618	4,99%

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

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

En junio de 2013 se terminó la sectorización del Área de Salud de Tenerife; desde entonces la comarca de la isla baja (municipios de Buenavista del Norte, Garachico, Los Silos y El Tanque) tiene como hospital de referencia el HUC.

En base al número de servicios de urgencias operativos en el Área de Salud de Tenerife, la ratio, en relación a la población de cobertura es de 2,7 servicios de urgencias/100.000 habitantes, - 1 punto de atención urgente presencial por cada 37.081 habitantes (media del SNS 1/24.338 hab.; 4 centros/100.000 hab.).

Los PAC disponen por lo general de equipo simple de guardia (1 médico + 1 enfermera); 9 de ellos tienen un refuerzo de enfermería y medicina en determinados tramos horarios los

viernes, sábados, domingos y festivos.

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

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

Tabla 36. Plantilla de los SNU.

	Médico		Enfermera		Celador
	L-S*	D,F	L-S*	D,F	L-D
Anaga	1	1	1	1	1
La Laguna	2	2	2	2	1
Tíncer	2	2	2	2	1
Arona	2	2	2	2	1
Los Gladiolos	2	2	2	2	1
Ofra	2	2	2	2	1
La Orotava	2	2	2	2	1
Pto. de la Cruz	2	2	2	2	1
Los Realejos	2	2	2	2	1

*Horario de 17 a 09 hs. D: domingos, F: festivos, horario 24 hs

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

Tabla 37. Dotación de medios diagnósticos A.P. TFE.

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

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

Tabla 38. Urgencias atendidas en centros concertados Tenerife.

Centro	Año 2.014			Año 2.015			Var. Urg. atendidas 14-15
	Urg. Atendidas*	Urg./día	Urg./1.000 hab.	Urg. Atendidas*	Urg./día	Urg./1.000 hab	
HOSPITEN NORTE	23.081	63	146	22.512	62	210	-2,47%
HOSPITEN SUR	28.840	79	132	29.091	80	132	0,86%

*Urgencias atendidas usuarios SCS

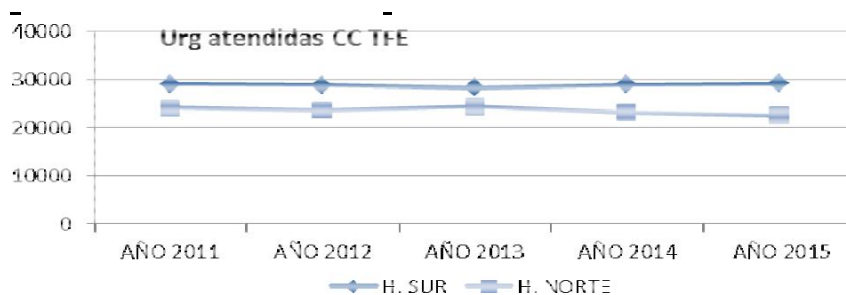


Gráfico 34. Urgencias atendidas centros concertados Tenerife.

Las urgencias derivadas **desde los centros concertados** a los hospitales de referencia, en relación al total de urgencias atendidas de usuarios del Servicio Canario de la Salud, han tenido la siguiente evolución en los 5 últimos años:

Tabla 39. Derivaciones de la concertada a hospitales públicos.

Derivaciones	Derivac. H. SUR	Urg. atendidas (SCS)	% sobre urg. atendidas	Derivac. H. NORTE	Urg. atendidas (SCS)	% sobre urg. atendidas.
Año 2011	3.820	28.974	13,18%		24.107	
Año 2012	3.925	28.656	13,70%		23.757	
Año 2013	3.959	28.138	14,07%	4.175	23.976	17,41%
Año 2014	4.448	28.840	15,42%	4.959	23.081	21,49%
Año 2015	4.617	29.091	15,87%			

4.234	22.512	18,81%
-------	--------	--------

Del total de urgencias atendidas en los dos centros hospitalarios de referencia, las derivaciones desde Hospiten Sur supusieron el 4,41% de las demandas en el HUNSC y las derivaciones desde Hospiten Norte supusieron el 5,56% de las demandas del HUC en el año 2.014.

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE CANDELARIA (CHUNSC)

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

El 16 de octubre del año 2006 se puso en funcionamiento el Centro Especializado de Atención a la Urgencia (CEAU) en el Mojón, Arona, con dependencia funcional y organizativa del Servicio de Urgencias del CHUNSC, el cual pasará a constituir el Servicio de Urgencias del Hospital del Sur de Tenerife.

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

a) ACTIVIDAD:

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

Actividad del Complejo:

Tabla 40. Actividad del CHUNSC.

CHUNSC	Camas agudos/100.000 hab.	Urg. atendidas	Urg./día	Urg. no ingresadas	Presión Urg. Hosp.	Urg./1.000 hab.
Año 2008	805	173.433	475	90,62%	62,30%	347
Año 2009	812	173.736	476	90,57%	62,45%	341
Año 2010	781	164.824	452	90,53%	63,22%	325
Año 2011	782	162.121	444	90,16%	67,39%	327
Año 2012	769	158.608	435	89,75%	70,31%	290
Año 2013	781	151.916	416	89,80%	68,85%	298
Año 2014	780	152.645	418	89,81%	70,42%	304
Año 2015	780	157.019	430	89,77%	70,27%	343

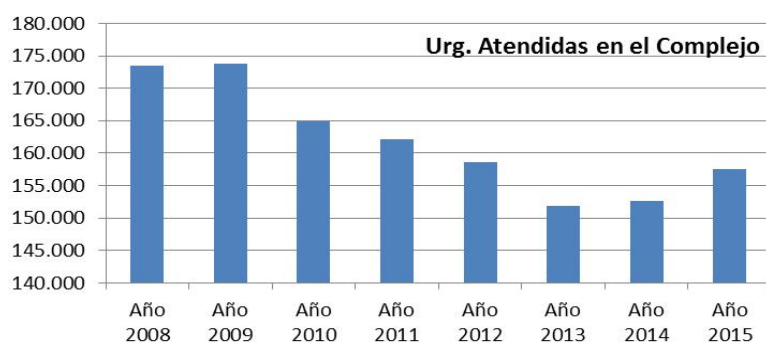


Gráfico 35. Urgencias atendidas en el CHUNSC.

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

Tabla 41. Urgencias atendidas en el HUNSC.

HUNSC*	Urg. atendidas	Urg./día	Urg. no ingresadas	Presión Urg. Hosp.	Urg./1.000 hab.
Año 2008	120.267	329	87,22%	62,30%	241
Año 2009	122.872	337	87,20%	62,45%	241
Año 2010	117.101	321	87,20%	63,22%	231
Año 2011	113.033	310	87,20%	67,39%	327
Año 2012	110.480	303	85,28%	70,31%	202
Año 2013	105.288	288	85,28%	68,85%	207
Año 2014	104.119	285	89,81%	70,42%	207
Año 2015	103.946	285	89,80%	70,27%	227

*Datos del Hospital sin CEAU

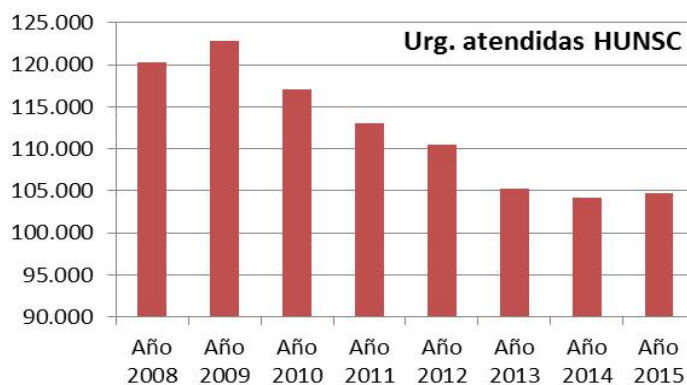


Gráfico 36. Urgencias atendidas en el HUNSC.

En el año 2015, del total de urgencias atendidas, el 21,83%, fueron demandas del área materno infantil (obstétrico ginecológicas + pediatría).

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

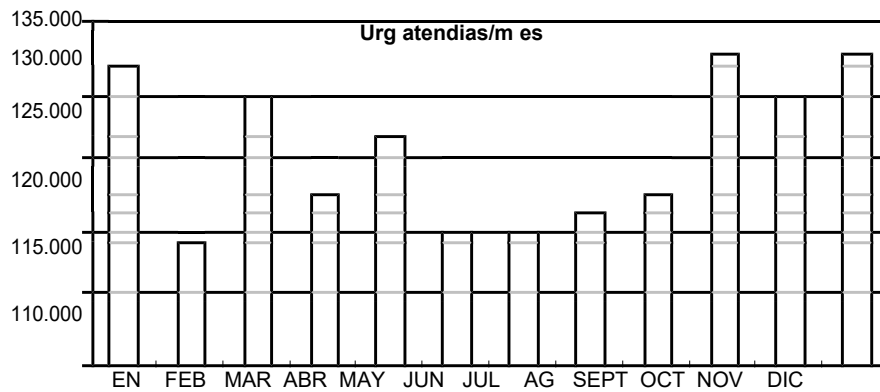


Gráfico 37. Urgencias atendidas/mes HUNSC.

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

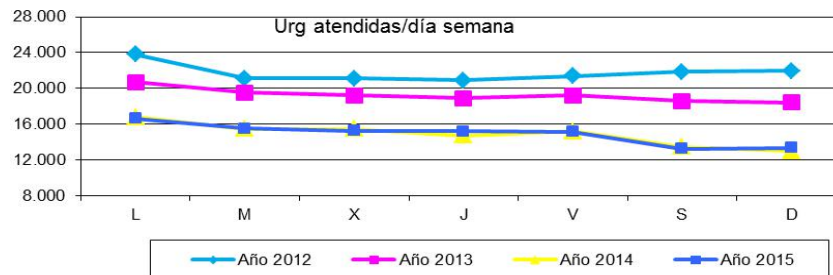


Gráfico 38. Urgencias atendidas por día de la semana HUNSC.

El flujograma de los pacientes que acudieron al servicio de urgencias durante el año 2014, en base a la franja horaria, supone que, de media, aproximadamente un 40% lo hace en horario de mañana (de 8:00 a 15:00 horas), un 40% en horario de tarde (de 15:00 a 22 horas) y un 20% en horario de noche (de 22:00 a 08 horas del día siguiente).

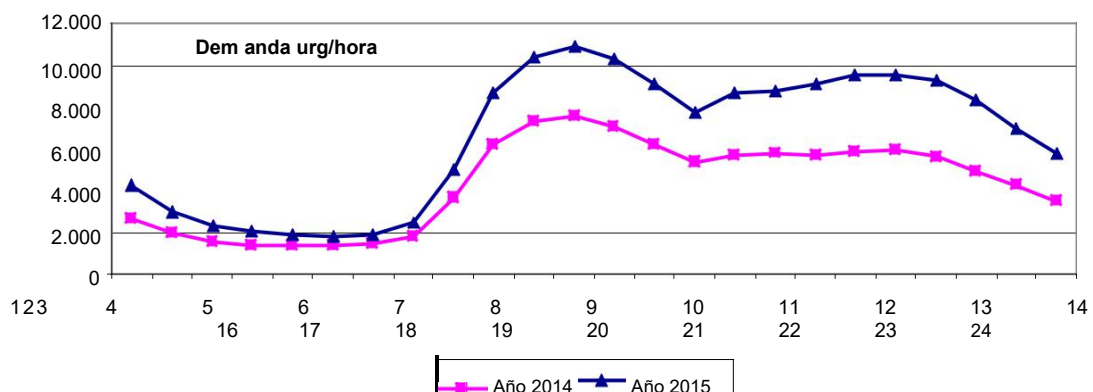


Gráfico 39. Demanda de urgencias por hora HUNSC.

La mayoría de los pacientes que solicitaron asistencia en el servicio de urgencias hospitalario en el año 2015, lo hicieron por iniciativa propia (62,3%) y sólo un 37,5% acudieron

derivados por indicación facultativa.

Considerando los últimos 4 años, se objetiva una leve tendencia al aumento de las consultas urgentes por derivación médica, aunque la proporción de demandas por petición propia sigue siendo muy elevada. Sin que pueda considerarse como el único factor determinante, es de reseñar que a finales del año 2014 se inició una campaña de concienciación sobre el uso racional de los Servicios de Urgencias.

Tabla 42. Urgencias por motivo de solicitud HUNSC.

	Año 2012	Año 2013	Año 2014	Año 2015
Indic médica	23,90%	27,10%	34,59%	37,54%
Judicial	0,18%	0,18%	0,11%	0,12%
Petición propia	75,92%	72,72%	65,30%	62,34%

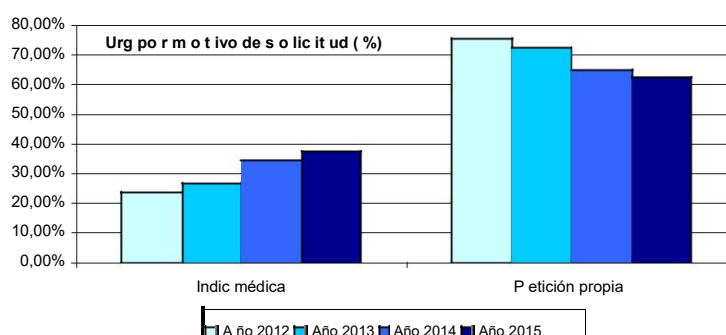


Gráfico 40. Urgencias por motivo de solicitud HUNSC.

El 56,27% de los usuarios atendidos en el SUH fueron mujeres y el 43,73% hombres. Del total de altas registradas en el Servicio de Urgencias, la demanda asistencial por franjas de edad fue la siguiente (Fuente: SIH-OBI):

Tabla 43. Urgencias por grupos de edad HUNSC.

	Año 2014	Año 2015
De 0 a 14 años	14,15%	14,75%
De 15 a 44 años	39,59%	38,09%
De 45 a 64 años	20,98%	21,25%
De 65 a 74 años	9,79%	10,07%
> 75 años	15,49%	15,88%

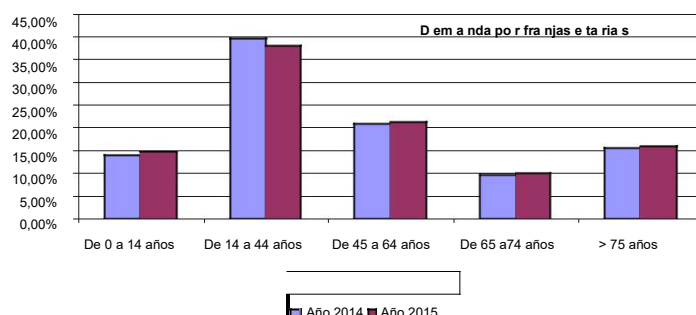


Gráfico 41. Demanda por franjas etarias HUNSC.

En el año 2015, el 25,95% de los pacientes eran mayores de 65 años y, de este grupo de edad, el 61,19% eran mayores de 74 años, cifras similares a las del año anterior.

El tiempo que los pacientes permanecen en el servicio de urgencias está influenciado por

muchos factores, alguno de ellos externo al propio servicio y es, en muchas ocasiones, un motivo de insatisfacción de los usuarios. Desglosado en función del destino al alta, los tiempos medios de permanencia en el servicio son:

Tabla 44. Tiempo medio de permanencia HUNSC.

	Año 2014		Año 2015	
	Total Altas	Tiempo medio de permanencia (hs)	Total Altas	Tiempo medio de permanencia (hs)
Ingreso propio centro	15.558	15,35	16.015	16,24
Alta sin ingreso	85.519	7,73	85.453	8,33
Traslado a otro centro	3.076	55,05	2.913	58,55

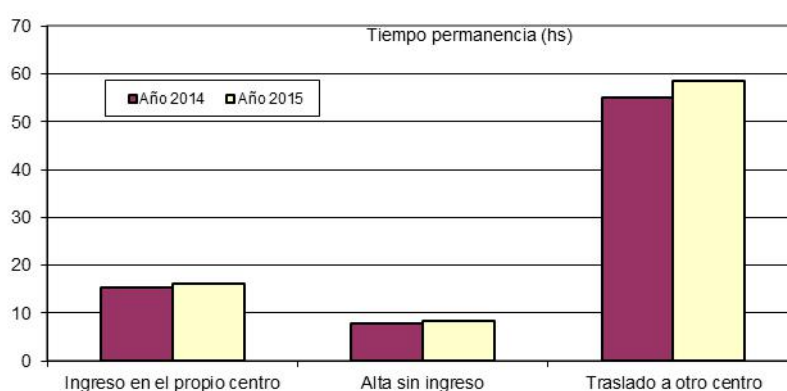


Gráfico 42. Tiempo de permanencia en horas HUNSC.

Actividad del CEAU de Arona (Hospital del Sur):

Tabla 45. Actividad del CEAU de Arona.

CEAU	Urg. atendidas	Urg./día	Urg. pediátricas	Urg. derivadas	Urg./1.000 hab.
Año 2011	49.088	134	24,18%	1,24%	230
Año 2012	48.128	125	23,84%	1,10%	219
Año 2013	46.628	128	22,54%	1,47%	207
Año 2014	48.526	133	20,17%	1,65%	222
Año 2015	52.803	193	23,12%	1,80%	240

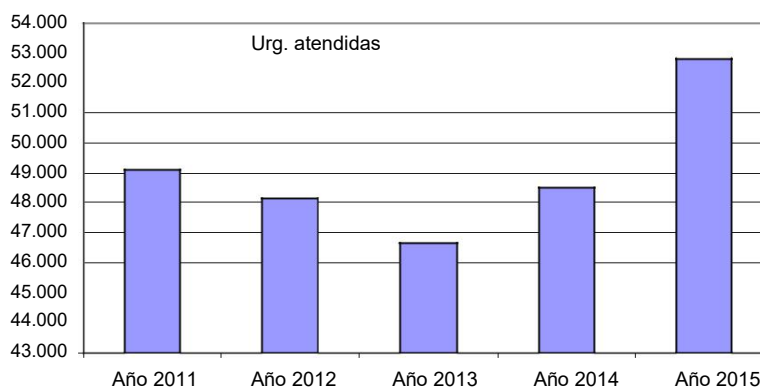


Gráfico 43. Urgencias atendidas en el CEAU de Arona.

La demanda de atención urgente en el CEAU de Arona, tiene un comportamiento más homogéneo a lo largo del año, con ligeras fluctuaciones que no llegan a los 2 puntos porcentuales entre unos meses y otros, aunque mantiene la tendencia observada en el hospital de referencia de una mayor actividad en los meses invernales:

Tabla 46. Demanda mensual CEAU Arona.

	Año 2014	Año 2015
EN	8,65%	8,43%
FEB	8,37%	7,97%
MAR	8,72%	8,32%
AB	8,25%	8,13%
MAY	8,20%	8,49%
JUN	7,89%	7,77%
JUL	8,00%	8,25%
AG	8,56%	8,66%
SEPT	7,97%	7,65%
OCT	8,30%	8,87%
NOV	8,11%	8,17%
DIC	8,98%	9,28%

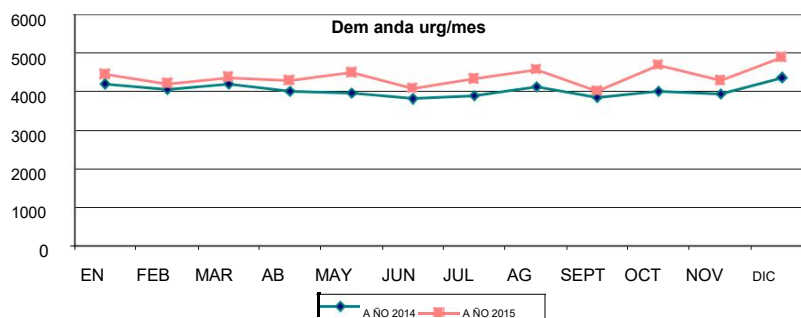


Gráfico 44. Demanda mensual CEAU Arona.

Si tenemos en cuenta la demanda que se produce en relación al día de la semana, se observa, en relación a su hospital de referencia, un desplazamiento de la actividad hacia el fin de semana, lo cual estaría relacionado con el carácter de área turística de la zona de influencia:

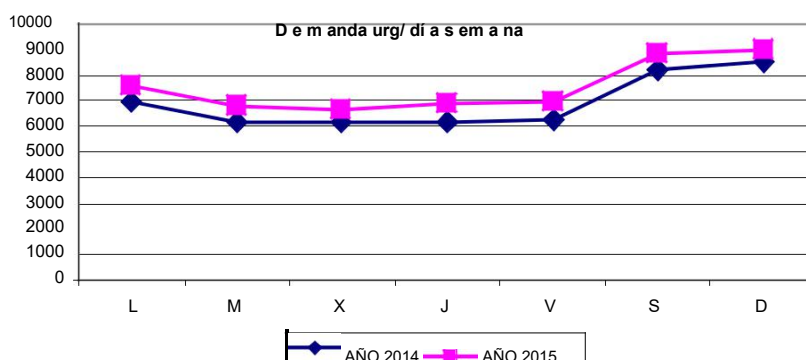


Gráfico 45. Demanda de Urgencias día CEAU Arona.

El 51,14% de los usuarios atendidos en el SUH fueron mujeres y el 48,86% hombres. Del total de altas registradas en el Servicio de Urgencias, la demanda asistencial por franjas de edad fue la siguiente (Fuente: SIH-OBI):

Tabla 47. Demanda grupos etarios Arona.

Grupo edad	Año 2015
< 14 a	23,42%
15-44 a	43,93%
45-64 a	20,97%
65-74 a	6,23%
> 75 a	5,45%

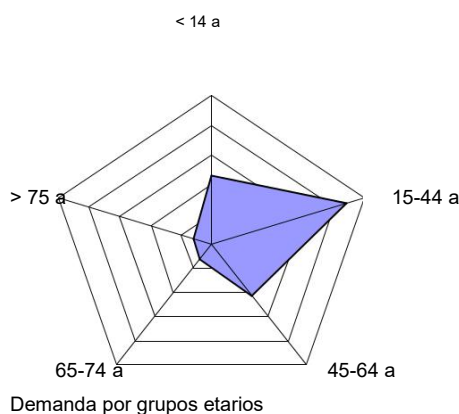


Gráfico 46. Demanda grupos etarios Arona.

b) RECURSOS ESTRUCTURALES:

Tabla 48. Recursos estructurales HUNSC.

	HUNSC				CEAU ARONA			
	Año 2010	Año 2013	Año 2014	Año 2015	Año 2010	Año 2013	Año 2014	Año 2015
Boxes triaje	2	2	2	1	1	1	1	2
Boxes de consulta/exploración	2	2	2	3	4	5	5	5
Boxes de exploración	11	11	11	11				
Boxes de reanimación	5	5	5	5	1	2	2	2
Camas de observación/sillones	42	47	47	47	16	16	16	16

c) RECURSOS HUMANOS: 1 Coordinador del servicio + 3 Supervisoras de Enfermería

Tabla 49. Recursos Humanos CHUNSC.

Total plantilla	Año 2013		Año 2014		Año 2015	
	HUNSC	CEAU Arona	HUNSC	CEAU Arona	HUNSC	CEAU Arona
Médicos	36		36		36	
Enfermeras	64	18	64	18	64	18
Aux. Enfermería	56	10	56	10	56	10

Tabla 50. Recursos Humanos HUNSC.

HUNSC	Año 2013			Año 2014			Año 2015		
MÉDICOS*	Mañana	Tarde	Noche	Mañana	Tarde	Noche	Mañana	Tarde	Noche
Laborables	9*	6	3	9*	6	3	9*	6	3
Festivos	5	5	3	5	5	3	5	5	3

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

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

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

En la actualidad 12 médicos están exentos de la realización de guardias por diversas circunstancias y 6 con reducción de jornada por guarda legal con concreción de jornada laboral, lo que hace extremadamente difícil la cobertura de los turnos, especialmente en horario de fin de semana.

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

El CEAU dispone del siguiente personal asistencial por turno (12 horas):

Tabla 51. Recursos Humanos CEAU.

CEAU	Mañana	Noche
Laborales	2 Md + 4 ENF. + 2 AE + 1 TER	2 Md + 3 ENF. + 2 AE + 1 TER
Festivos	2 Md + 4 ENF. + 2 AE + 1 TER	2 Md + 3 ENF. + 2 AE + 1 TER

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CANARIAS (CHUC).

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

La atención a la urgencia pediátrica está cubierta por un pediatra de presencia física en el Servicio. La atención a la urgencia obstétrico-ginecológica se presta en dependencias propias del servicio de Ginecología, aunque el acceso se realiza por el servicio de urgencias.

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

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

a) ACTIVIDAD.**Actividad del Complejo Hospitalario (HUC+CEAU Icod):**

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

Tabla 52. Actividad del Complejo CHUC.

HUC	Urg. atendidas	Urg./día	Urg. no ingresadas	Presión urg. Hosp.	Urg/1.000 hab.
Año 2008	79.886	219	86,19%	56,65%	207
Año 2009	82.797	227	86,89%	55,96%	212
Año 2010	81.806	224	86,48%	52,96%	206
Año 2011	79.920	219	85,84%	53,44%	194
Año 2012	78.054	214	85,13%	62,08%	166
Año 2013	76.870	211	84,69%	58,01%	198
Año 2014	87.053	239	85,84%	60,56%	225
Año 2015	90.485	248	85,74%	60,83%	234

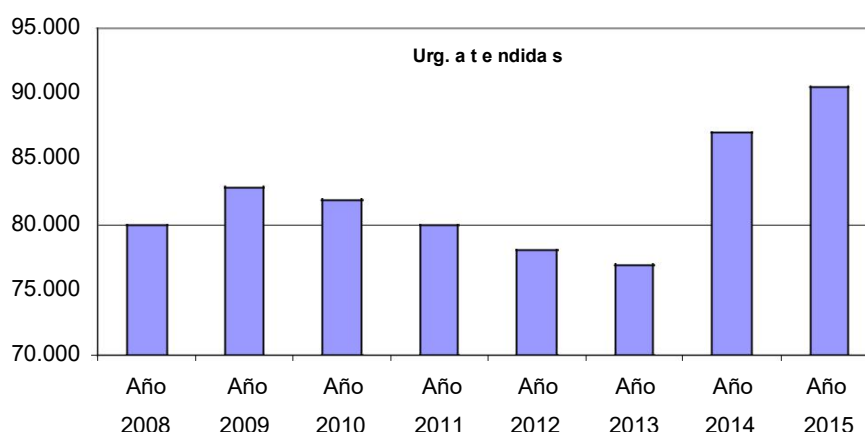


Gráfico 47. Urgencias Atendidas en CHUC.

Actividad del servicio de urgencias del HUC sin considerar CEAU:

Tabla 53. Urgencias atendidas en el HUC.

HUC	Urg. atendidas	Urg/día	Urg. no ingresadas	Presión urg. Hosp.	Urg./1.000 hab.
Año 2008	79.886	219	86,19%	56,65%	207
Año 2009	82.797	227	86,89%	55,96%	212
Año 2010	81.806	224	86,48%	52,96%	206
Año 2011	79.920	219	85,84%	53,44%	194
Año 2012	78.054	214	85,13%	62,08%	166
Año 2013	76.870	211	84,69%	58,01%	198
Año 2014	76.276	209	85,84%	60,38%	225
Año 2015	76.206	208	85,86%	60,83%	234

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

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

La mayor demanda de atención urgente se produce entre los meses de octubre a enero (acumulado desde 2003):

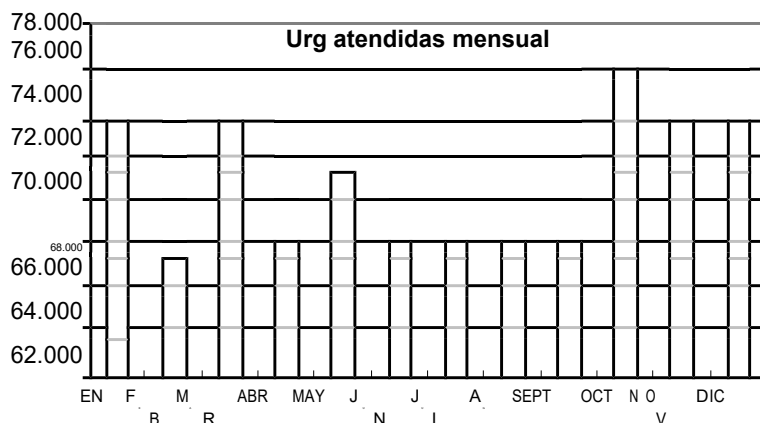


Gráfico 48. Urgencia atendidas mes en el HUC.

En relación a la demanda en función del día de la semana, la mayor afluencia tiene lugar el lunes, con casi un 16% de las demandas semanales:

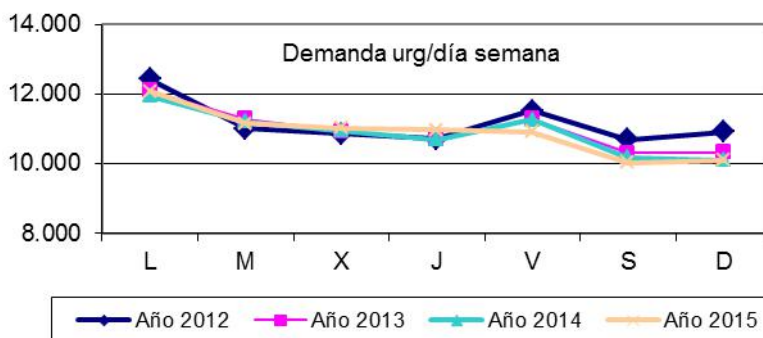


Gráfico 49. Demanda día de la semana HUC.

El flujograma de los pacientes que acudieron al servicio de urgencias durante el año 2015, en base a la franja horaria, supone que de media, aproximadamente un 40% lo hace en horario de mañana (de 8:00 a 15:00 horas), un 39% en horario de tarde (de 15:00 a 22 horas) y un 21% en horario de noche (de 22:00 a 08 horas del día siguiente).

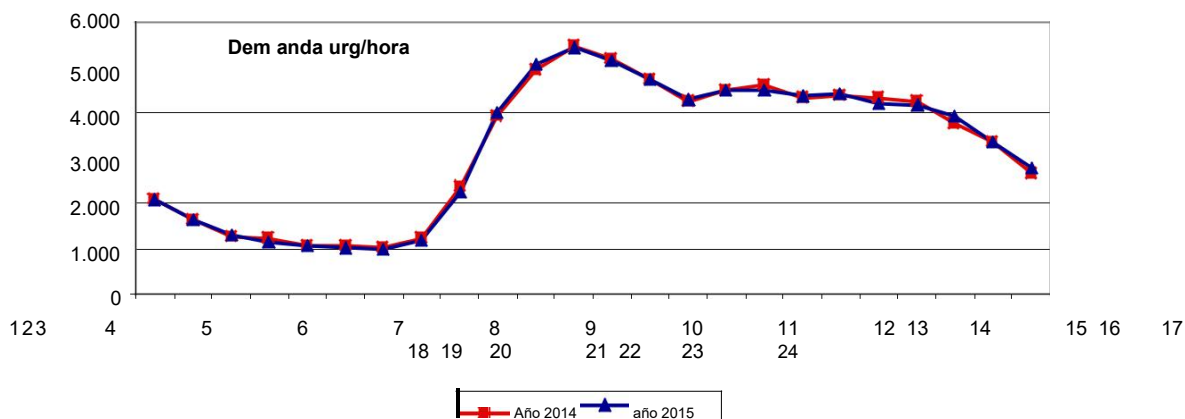


Gráfico 50. Demanda de urgencias por hora HUC.

Casi el 65% de los pacientes que solicitaron asistencia en el SUH lo hicieron a petición propia y el 34% tras derivación médica. La calidad de los registros parece haber mejorado en cuanto a que ha descendido considerablemente el porcentaje de pacientes cuya solicitud de asistencia no era registrada en años anteriores.

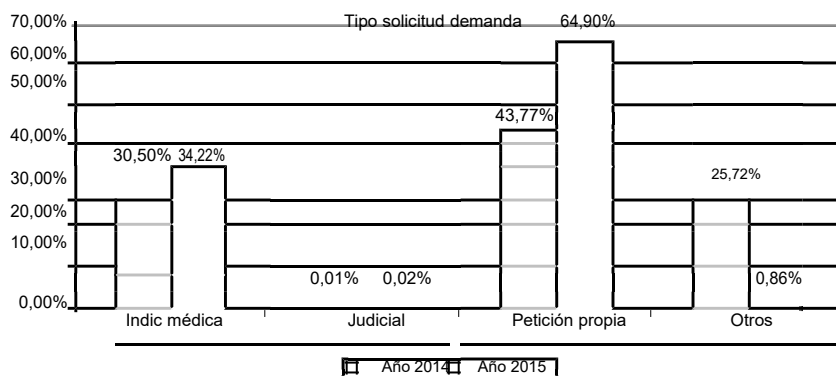


Gráfico 51. Urgencias por motivo de solicitud HUC.

El 55,34% de los usuarios atendidos en el SUH en el año 2015 fueron mujeres y el 44,66% hombres, datos similares a los registrados en el 2014.

Del total de altas registradas en el Servicio de Urgencias, la demanda asistencial por franjas de edad fue la siguiente (Fuente: SIH-OBI):

Tabla 54. Urgencias por grupos de edad HUC.

	Año 2014	Año 2015
De 0 a 14 años	18,61%	18,98%
De 15 a 44 años	36,49%	35,45%
De 45 a 64 años	18,42%	18,74%
De 65 a 74 años	9,89%	9,97%
> 75 años	16,59%	16,85%

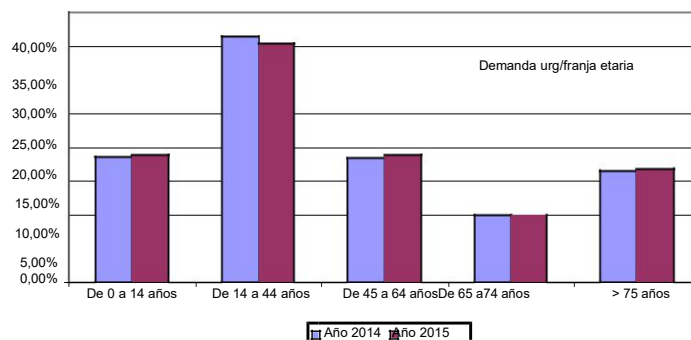


Gráfico 52. Demanda por franjas etarias HUC

El 26,82% de los pacientes atendidos en el año 2015 eran mayores de 65 años. Las cifras por grupos de edades se han mantenido más o menos constantes en los últimos 2 años.

El tiempo que los pacientes permanecen en el servicio de urgencias está influenciado por muchos factores, alguno de ellos externo al propio servicio y es, en muchas ocasiones, un motivo de insatisfacción de los usuarios. Desglosado en función del destino al alta, los tiempos medios de permanencia en el servicio son:

Tabla 55. Tiempo medio de permanencia HUC.

	Año 2014		Año 2015	
	Total Altas	Tiempo medio de permanencia (hs)	Total Altas	Tiempo medio de permanencia (hs)
Ingreso propio centro	7.013	25,87	12.708	29,69
Alta sin ingreso	66.777	8,51	61.156	7,95
Traslado a otro centro	2.419	48,45	2.345	48,02

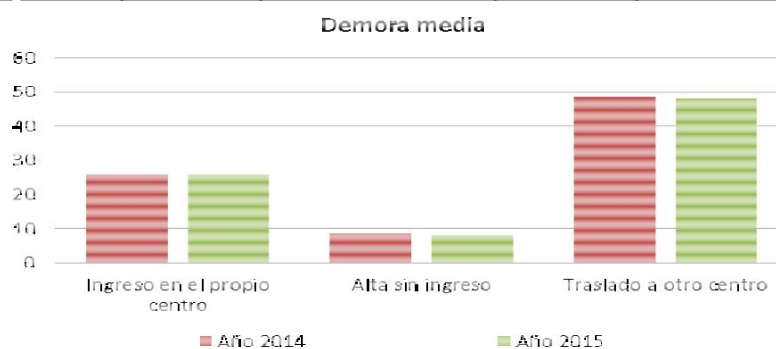


Gráfico 53. Tiempo de permanencia en horas HUC.

Actividad del CEAU de Icod (Hospital del Norte)

Tabla 56. Actividad del CEAU de Icod.

CEAU Icod	Urg. atendidas	Urg./día	Urg. derivadas	Urg./1000 hab.
Año 2014	10.777	70	4,60%	211
Año 2015	14.279	40	13,24%	283

*Inicio actividad Agosto.

El CEAU de Icod presenta un modelo mixto de atención a la demanda sanitaria, donde coexisten, en el mismo centro, profesionales dependientes de Atención Primaria (anterior Servicio de Urgencias de Icod) con profesionales dependientes de Atención Especializada. Este modelo no ha conseguido resultar eficiente por cuanto no se ha conseguido una integración de los niveles, sin unificación de protocolos, utilización común de registros y herramientas (diferentes historias clínicas).

La demanda de atención urgente en el CEAU de Icod, ha presentado en el 2015, un

incremento importante en el primer trimestre del año:

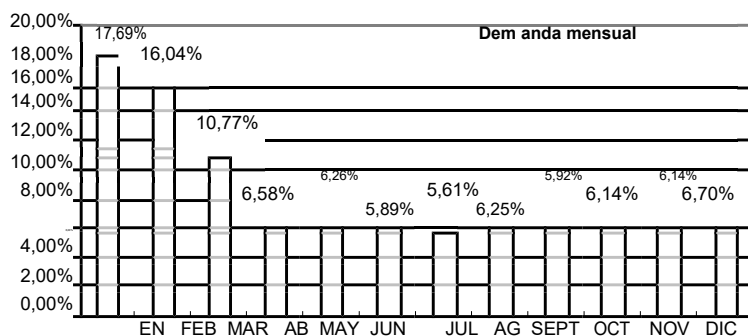


Gráfico 54. Demanda mensual de atención urgente CEAU Icod.

Si tenemos en cuenta la demanda que se produce en relación al día de la semana, se observa un comportamiento similar al de su hospital de referencia, con una mayor demanda los primeros días de la semana, si bien con una fluctuación menor entre ellos.

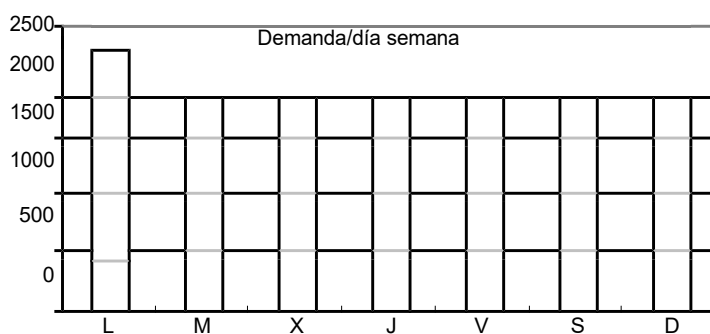


Gráfico 55. Demanda día de la semana CEAU Icod.

El 51,37% de los usuarios atendidos en el SUH fueron mujeres y el 48,63% hombres. Del total de altas registradas en el Servicio de Urgencias, la demanda asistencial por franjas de edad fue la siguiente (Fuente: SIH-OBI):

Tabla 57. Urgencias por grupos de edad CEAU Icod

	Año 2015
< 14 a	12,92%
15-44 a	33,72%
45-64 a	21,63%
65-74 a	10,86%
> 75 a	20,87%

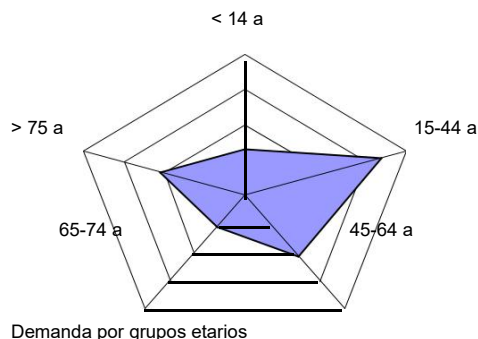


Gráfico 56. Urgencias por grupos de edad CEAU Icod.

Llama la atención el alto porcentaje de pacientes mayores de 74 años que son atendidos en este centro, lo cual, teniendo en cuenta el perfil de la patología prevalente en este grupo etario, puede estar relacionado con el alto índice de derivaciones a su hospital de referencia

b) RECURSOS FÍSICOS:

Tabla 58. Recurso estructurales CHUC.

	Año 2013	Año 2014		Año 2015	
	HUC	HUC	H. del Norte	HUC	H. del Norte
Boxes triaje	2	2	1	2	1
Boxes de consulta	14	10	4	10	4
Boxes de reanimación	3	3	2	3	2
Puestos de observación/sillones	60	60	16	71	16

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

- 1 Sala de observación de Pediatría: 5 camas (gestionadas por el servicio de Pediatría).
- 1 Sala de observación de Psiquiatría: 5 sillones (gestionadas por el servicio de Psiquiatría).

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

Tabla 59. Recursos humanos CHUC.

	Año 2013	Año 2014		Año 2015	
		HUC	H. del Norte	HUC	H. del Norte
Médicos	28	22	7	25	7
Enfermeras	56	55	13	55	13
Aux. Enfermería	51	50	10	50	10

El número de efectivos por franjas horarias es el siguiente:

Tabla 60. Recursos humanos CHUC.

HUC	Año 2013			Año 2014			Año 2015		
	Mañana	Tarde	Noche	Mañana	Tarde	Noche	Mañana	Tarde	Noche
Laborables	8	5	4	7	5	5	7	6	5
Festivos	5	5	4	4	5	5	5	6	5

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

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

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

Tabla 61. Recursos humano CEAU Icod.

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

*El 2º facultativo depende de AP

ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA

La población de cobertura del área de salud de Gran Canaria ha experimentado un descenso de un 0,18% en relación al año 2014 – considerada según datos del censo – con un aumento sin embargo de un 0,22% si se tiene en cuenta las Tarjetas Sanitarias (TSI) en vigor. Proporcionalmente, la población del Área de Salud de Gran Canaria supone un 40,44% del total de la Comunidad Autónoma.

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

Tabla 62. Urgencias de AP área influencia CHUIMI/ CHUDrN.

Área influencia CHUIMI	Año 2014	Año 2015*	Variación 2014-2015	Urg./día 2015	Urg. derivadas 2014*
Agüimes	20.641	12.351	-40,16%	34	4,56%
El Calero	53.743	46.972	-12,60%	129	6,65%
Ingenio	32.054	27.967	-12,75%	77	5,41%
Jinámar	39.162	35.427	-9,54%	97	3,42%
Maspalomas	40.740	34.438	-15,47%	94	5,13%
Puerto Mogán	5.657	2.029	-64,13%	6	7,09%
Arguineguín	17.200	8.983	-47,77%	28	5,41%
Remudas	20.609	20.282	-1,59%	56	3,23%
San Bartolomé	5.770	1.538	-73,34%	11	4,92%
San José	50.843	48.748	-4,12%	134	4,08%
Vecindario	70.723	46.660	-34,02%	128	4,61%
Valsequillo	7.278	7.505	3,12%	21	9,30%
TOTAL	364.420	292.900	-19,62%	815	

Área influencia HUDrN	Año 2014	Año 2015*	Variación 2014-2015	Urg./día 2015	Urg derivadas 2014*
Arucas	32.578	29.051	-10,83%	80	5,61%
Agaete	7.693	4.931	-35,90%	17	5,58%
Barrio Atlántico	40.344	29.077	-27,93%	80	5,65%
Canalejas	33.920	28.161	-16,98%	77	3,07%
Firgas	4.947	4.380	-11,46%	12	5,15%
Gáldar	28.831	27.425	-4,88%	75	5,00%
Guanarteme	40.063	36.101	-9,89%	99	5,32%
Moya	5.727	4.236	-26,03%	14	7,09%
Puerto/La Isleta	30.957	29.302	-5,35%	80	3,75%
San Nicolás	10.747	6.143	-42,84%	19	2,88%
San Mateo	5.805	3.423	-41,03%	15	8,61%
Santa Brígida	10.024	9.824	-1,99%	27	5,76%
Sta. María de Guía	13.402	9.412	-29,77%	34	5,42%
Schamann	32.346	29.309	-9,39%	80	3,62%

Tamaraceite	37.626	37.320	-0,81%	102	4,27%
Tejeda	2.710	419	-84,54%	4	4,69%
Teror	7.409	6.686	-9,76%	19	5,57%
Valleseco	4.649	1.460	-68,60%	8	7,14%
SEU	6.351	6.558	3,26%	18	16,00%
TOTAL	356.129	303.218	-14,85%	878	

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

*Se aportan datos correspondientes al año 2014 ya que no se ha registrado esta información en el 2015.

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

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

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

Tabla 63. Plantilla de los SNU.

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

Ref: Refuerzo

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

Tabla 64. Dotación de medios diagnósticos A.P. GC

Centro de Salud	Horario	Función	Observaciones
Gáldar	24 horas	Urgencias y C. de Salud	Los sábados por la mañana no funciona
Aruacas	08:00-22:00	Urgencias y C. de Salud	
La Aldea	10:00-17:00	Urgencias y C. de Salud	
Maspalomas	24 horas	Urgencias y C. de Salud	Los sábados por la mañana no funciona
Vecindario	24 horas	Urgencias y C. de Salud	
Canalejas	08:00-20:00	C. Salud	
Barrio Atlántico	08:00-20:00	C. Salud	
Cuevas Torres	08:00-19:00	C. Salud	

El Área de Salud de Gran Canaria tiene concertada, desde diciembre del año 2006, la atención urgente en el Hospital San Roque Maspalomas, situada en la zona sur de la isla y que tiene como centro de referencia el CHUIMI.

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

Tabla 65. Urgencias atendidas en centros concertados Gran Canaria.

Año 2014			Año 2015			Variación 2014- 2015
Urg. atendidas	Urg./día	Urg./1000 hab.	Urg. atendidas	Urg./día	Urg./1000 hab.	
18.061	49	123	20.757	57	142	12,99%

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

**No se declaran derivaciones a centros hospitalarios en la historia clínica electrónica (DRAGO-AP)

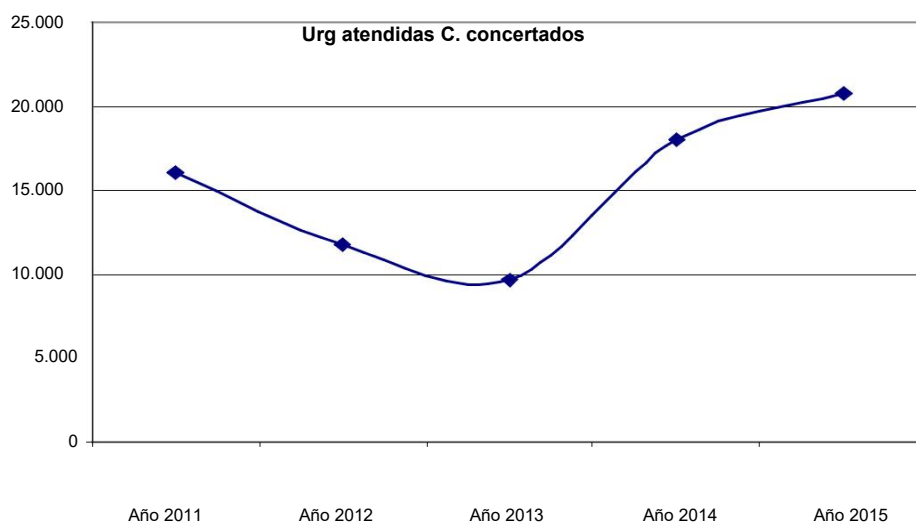


Gráfico 57. Urgencias atendidas centros concertados Gran Canaria.

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

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

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

El Área de Salud de Gran Canaria dispone de un centro concertado para la atención a las urgencias en la zona sur de la isla, Clínica San Roque, situada en el término municipal de Maspalomas, con centro de referencia el CHUIMI. El número de urgencias derivadas desde el centro concertado en los 3 últimos años han sido:

Tabla 66. Derivaciones de la concertada a hospitales públicos.

Derivaciones	Nº derivaciones	Urg. atendidas (SCS)	% sobre urg. atendidas
Año 2013	201	9.372	2,14%
Año 2014	277	18.406	1,50%
Año 2015	350	20.757	1,69%

a) ACTIVIDAD:

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

Tabla 67. Actividad del CHUIMI.

CHUIMI	Urg. atendidas	Urg./día	Urg. no ingresadas	Presión urg. Hosp.	Urg./1.000 hab.
Año 2008	153.481	420	87,59%	74,94%	381
Año 2009	157.708	432	87,74%	67,10%	386
Año 2010	154.048	422	87,70%	69,68%	377
Año 2011	154.023	422	88,11%	67,66%	269
Año 2012	148.827	408	87,81%	69,42%	267
Año 2013	144.607	396	88,14%	65,97%	259
Año 2014	143.995	395	87,86%	65,48%	262
Año 2015	141.561	388	87,88%	65,86%	257

160.000

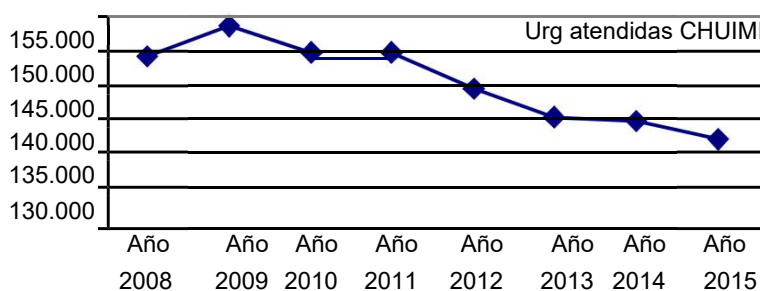


Gráfico 58. Urgencias atendidas CHUIMI.

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

H.U INSULAR:

Tabla 68. Actividad del Hospital Insular de GC.

HU INS.	Urg. atendidas	Urg./día	Urg. no ingresadas	Presión urg. Hosp.	Urg./1.000 hab.
Año 2008	68.168	187	88,27%	66,79%	169
Año 2009	71.096	195	88,08%	52,42%	174
Año 2010	71.284	195	87,96%	65,48%	173
Año 2011	72.665	199	87,49%	65,37%	208
Año 2012	71.242	195	87,24%	68,53%	210
Año 2013	71.728	197	87,12%	64,60%	209
Año 2014	72.899	200	86,85%	61,86%	208
Año 2015	71.372	196	86,30%	63,35%	202

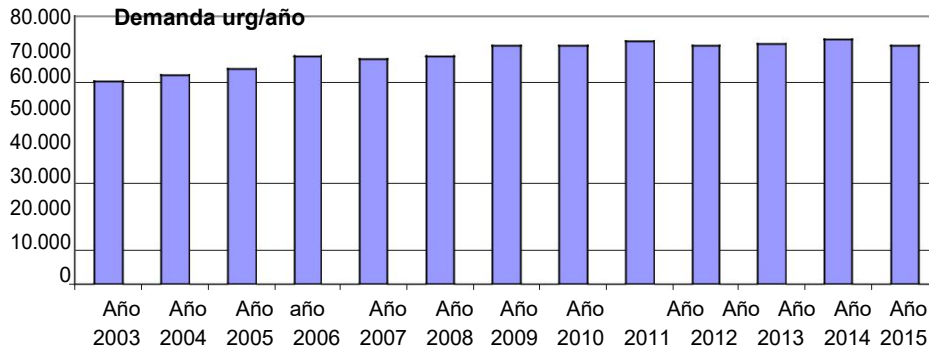


Gráfico 59. Demanda de urgencias año HUI.

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

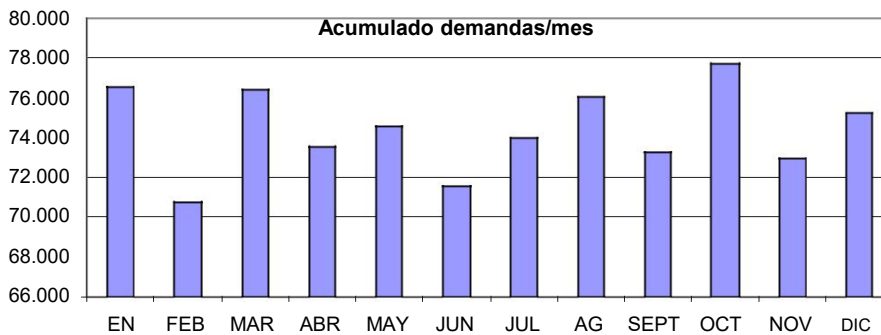


Gráfico 60. Urgencia atendidas mes en el HUI.

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

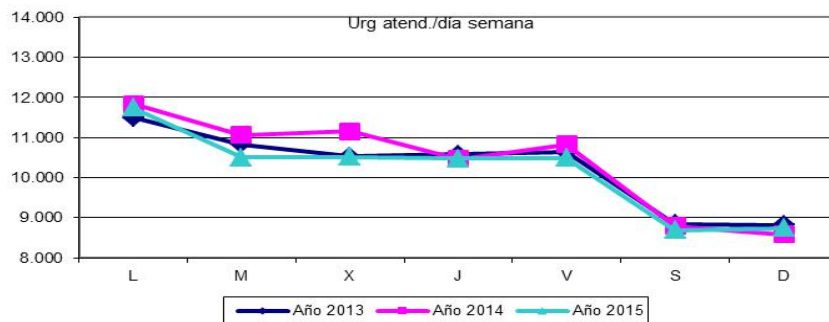


Gráfico 61. Demanda día de la semana HUI.

El flujograma de los pacientes que acudieron al servicio de urgencias del Hospital Insular durante el año 2014, en base a la franja horaria, supone que de media, aproximadamente un 44% lo hace en horario de mañana (de 8:00 a 15:00 horas), un 37% en horario de tarde (de 15:00 a 22 horas) y un 19% en horario de noche (de 22:00 a 08 horas del día siguiente).

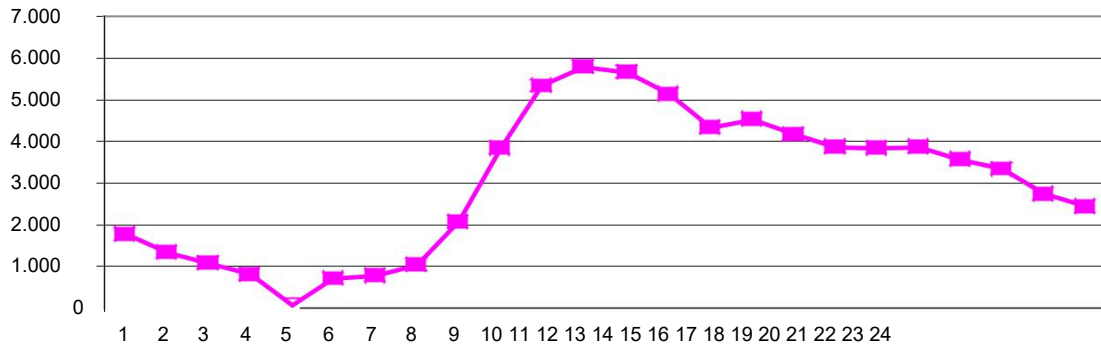


Gráfico 62. Demanda de urgencias por hora HUI.

La mayoría de los pacientes que solicitaron asistencia en el SUH lo hicieron por indicación médica – 55,58% y el 43,74% lo hicieron por decisión propia:

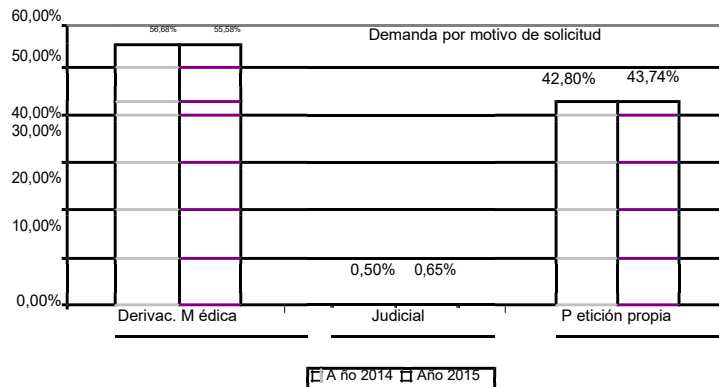


Gráfico 63. Urgencias por motivo de solicitud HUI.

El 48,6% de los usuarios atendidos en el SUH fueron mujeres y el 51,34% hombres. Del total de altas registradas en el Servicio de Urgencias, la demanda asistencial por franjas de edad fue la siguiente:

Tabla 69. Urgencias por grupos de edad HUI.

	Año 2014	Año 2015
< 14 a.	1,00%	0,95%
15-44 a	33,97%	32,48%
45-64 a.	30,03%	30,56%
65-74 a.	13,93%	14,41%
> 75 a	21,07%	21,60%

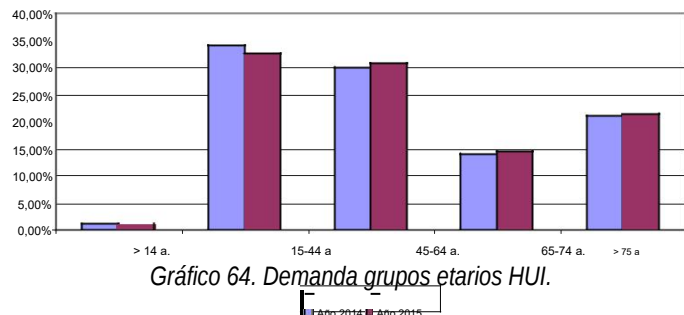


Gráfico 64. Demanda grupos etarios HUI.

El 36% de los pacientes eran mayores de 65 años y, de este grupo de edad, el 60% eran mayores de 74 años.

El tiempo que los pacientes permanecen en el servicio de urgencias está influenciado por muchos factores, alguno de ellos externo al propio servicio y es, en muchas ocasiones, un motivo de insatisfacción de los usuarios. Desglosado en función del destino al alta, los tiempos medios de permanencia en el servicio son:

Tabla 70. Tiempo medio de permanencia HUI.

	Año 2014		Año 2015	
	Total altas	Tiempo de permanencia (hs)	Total altas	Tiempo de permanencia (hs)
Ingreso en propio centro	9.474	20,17	9.733	17,17
Alta sin ingreso	62.335	5,49	60.522	5,34
Traslado a otro centro	888	35,41	826	37,48

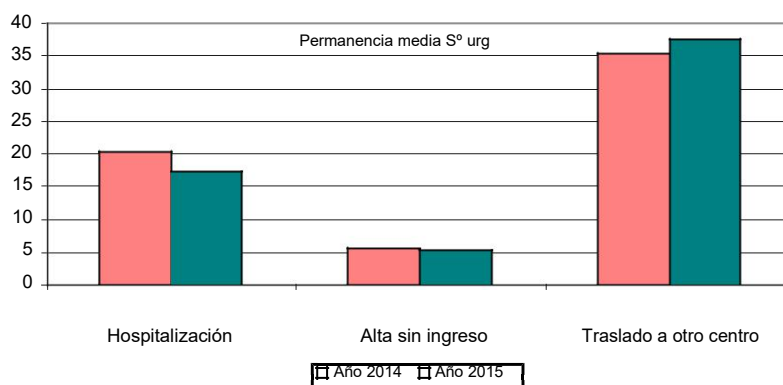


Gráfico 65. Tiempo de permanencia en horas HUI.

HU MATERNO INFANTIL:

Tabla 71. Actividad HUMI.

HU. M-I	Urg. atendidas	Urg./día	Urg. no ingresadas	Presión urg. Hosp.	Urg./1.000 hab.
Año 2008	85.313	234	87,04%	80,26%	214
Año 2009	86.612	237	87,46%	78,53%	215
Año 2010	82.764	227	87,47%	73,11%	205
Año 2011	81.358	223	88,66%	69,85%	242
Año 2012	77.585	213	88,35%	70,22%	238
Año 2013	72.879	200	89,14%	67,45%	226
Año 2014	71.096	195	88,90%	69,85%	230
Año 2015	70.189	192	89,48%	69,06%	274

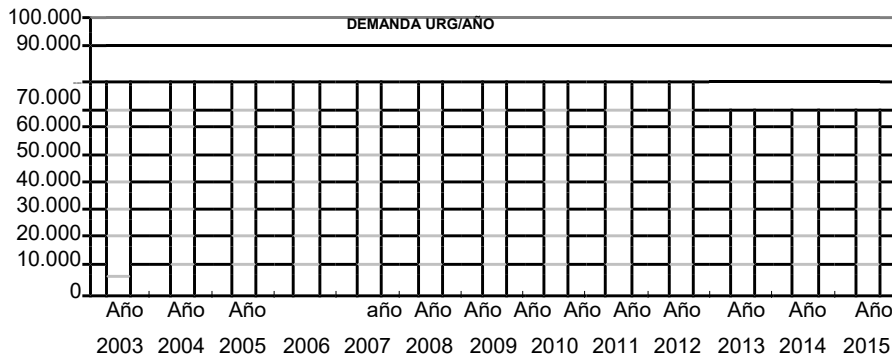


Gráfico 66. Demanda de urgencias año HUMI.

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

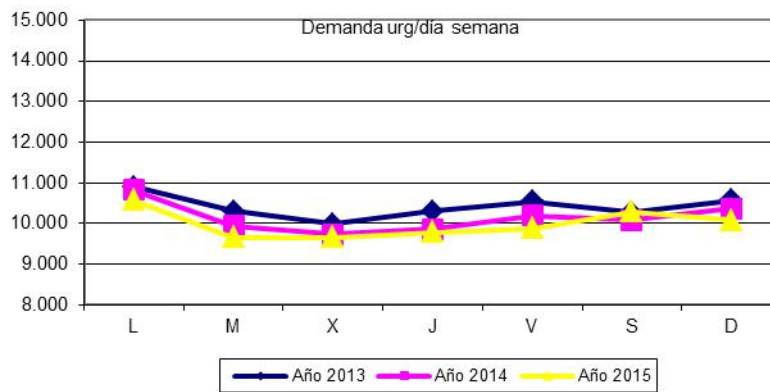


Gráfico 67. Demanda de urgencias por día de la semana HUMI.

El flujograma de los pacientes que acudieron al servicio de urgencias del Hospital Materno Infantil durante el año 2015, en base a la franja horaria, supone que, de media, aproximadamente un 34,17% lo hace en horario de mañana (de 8:00 a 15:00 horas), un 44,86% en horario de tarde (de 15:00 a 22 horas) y un 22,25% en horario de noche (de 22:00 a 08 horas del día siguiente).

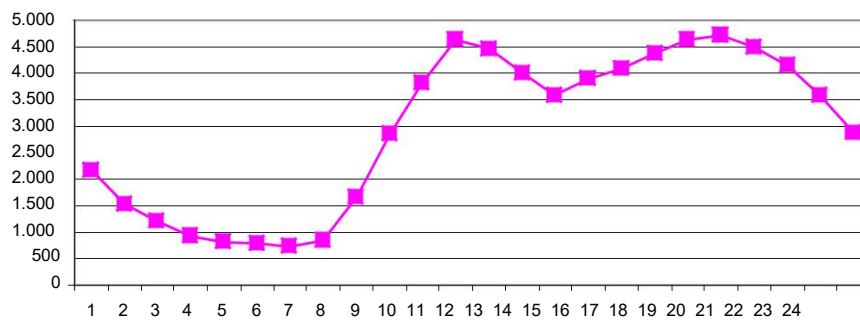


Gráfico 68. Demanda de urgencias por hora HUMI.

La mayoría de los pacientes que solicitaron asistencia en el SUH lo hicieron a petición

propia, el 68% y el 32% lo acudieron tras derivación médica:

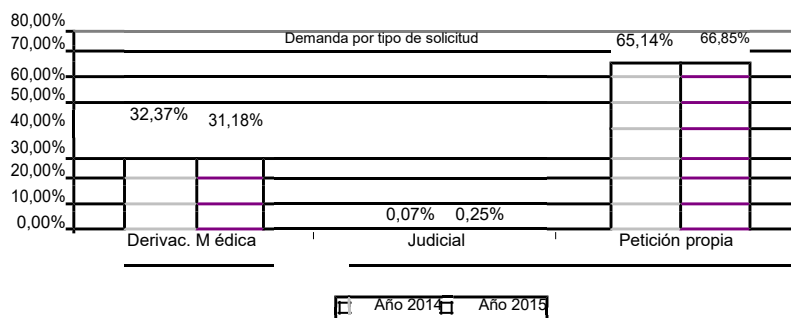


Gráfico 69. Urgencias por motivo de solicitud HUMI.

El tiempo que los pacientes permanecen en el servicio de urgencias está influenciado por muchos factores, alguno de ellos externo al propio servicio y es, en muchas ocasiones, un motivo de insatisfacción de los usuarios. Desglosado en función del destino al alta, los tiempos medios permanencia en el servicio son:

Tabla 72. Tiempo medio de permanencia HUMI.

	Año 2014		Año 2015	
	Total altas	Tiempo medio de permanencia (hs)	Total altas	Tiempo medio de permanencia (hs)
Ingreso propio centro	7.888	3,31	7.358	3,52
Alta sin ingreso	62.995	3,09	62.412	2,91
Traslado a otro centro	89	2,47	115	2,20

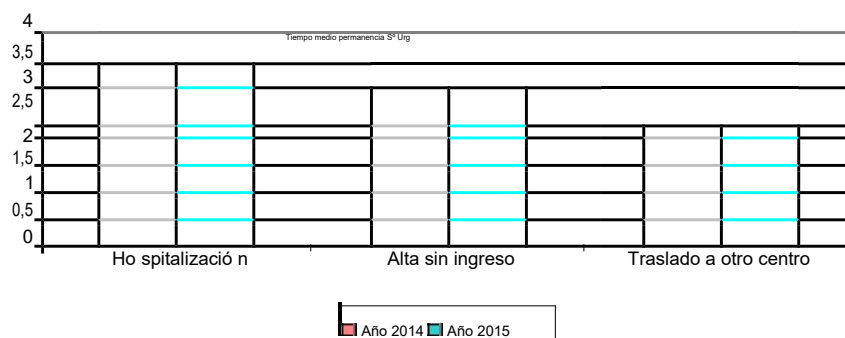


Gráfico 70. Tiempo medio de permanencia HUMI.

b) RECURSOS ESTRUCTURALES:

Tabla 73. Recursos estructurales CHUIMI.

	HU. I			HU M-I		
	Año 2013	Año 2014	Año 2015	Año 2013	Año 2014	Año 2015
Boxes triaje	4	4**	4**	1+1*	1+1*	1+1*
Boxes de consulta/exploración	13	13	27	6	6	6
Boxes de reanimación	3	3	3	1	1	1
Camas de observación/sillones	61	64	43	20	20	20

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

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

Tabla 74. Recursos humanos CHUIMI.

	HU Insular			HU M-I		
	Año 2013	Año 2014	Año 2015	Año 2013	Año 2014	Año 2015
Médicos	27*	27*	29*	10	10	10
Enfermeras	73	74	74	31	31	31
Aux. Enfermería	56	56	56	30	30	30

Del total de la plantilla 7 profesionales están exentos de guardias y 4 cubren exclusivamente la ASVA.

Distribución de personal médico por franjas horarias:

- a) Hospital Insular:

Tabla 75. Recursos humanos HUI.

Año 2013	Mañana	Tarde	Noche
Laborables	10*	6	3+1**
Festivos	4	4	3
Año 2014	Mañana	Tarde	Noche
Laborables	10*	6	3+1**
Festivos	4	4	3
Año 2015	Mañana	Tarde	Noche
Laborables	12*	6	3
Festivos	4	4	3

*El mínimo siempre es de 12 médicos. De los médicos con actividad en horario de mañana, no todos se dedican a la actividad del servicio de urgencias ya que cubren también:

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

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

En el **Hospital Insular** la plantilla se concentra en horario de mañana realizando el resto de la actividad – desde las 14:30 horas hasta las 08:00 horas del día siguiente, los días laborables y las 24 horas, sábados, domingos y festivos – en modalidad de guardias. El servicio de urgencias dispone para esta cobertura de 3 módulos de guardia laborables y 3 de festivos.

En relación a la enfermería, los efectivos por turno en el HU. Insular son los siguientes:

Tabla 76. Recursos humanos HUI.

Año 2015	Turno diurno	Turno nocturno
Laborables	14	12
Festivos	14	12

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

b) Hospital Materno Infantil:

Tabla 77. Recursos humanos HUMI.

Año 2013	Mañana	Tarde	Noche
Laborables	3-4'	2''	2''
Festivos	2''	2''	2''
Año 2014	Mañana	Tarde	Noche
Laborables	3-4'	2''	2''
Festivos	2''	2''	2''
Año 2015	Mañana	Tarde	Noche
Laborables	3-4'	2''	2''
Festivos	2''	2''	2''

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

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

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

En relación a la enfermería, los efectivos por turno en el HU. Materno-Infantil son los siguientes:

Tabla 78. Recursos humanos HUMI.

Año 2015	Turno diurno	Turno nocturno
Laborables	6	5
Festivos	6	5

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

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

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

a) ACTIVIDAD:

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

Tabla 79. Actividad de Urgencias CHUDrN.

CHUDrN	Urg. atendidas	Urg./día	Urg. no ingresadas	Presión urg. Hosp.	Urg./1.000 hab.
Año 2008	89.763	246	89,42%	57,76%	232
Año 2009	91.218	250	88,79%	54,88%	271
Año 2010	87.987	241	88,79%	53,23%	260
Año 2011	87.907	241	88,55%	53,61%	259
Año 2012	85.692	235	88,44%	56,99%	258
Año 2013	82.440	226	88,97%	51,85%	247
Año 2014	83.257	228	89,16%	53,81%	246
Año 2015	82.313	226	89,70%	52,20%	242

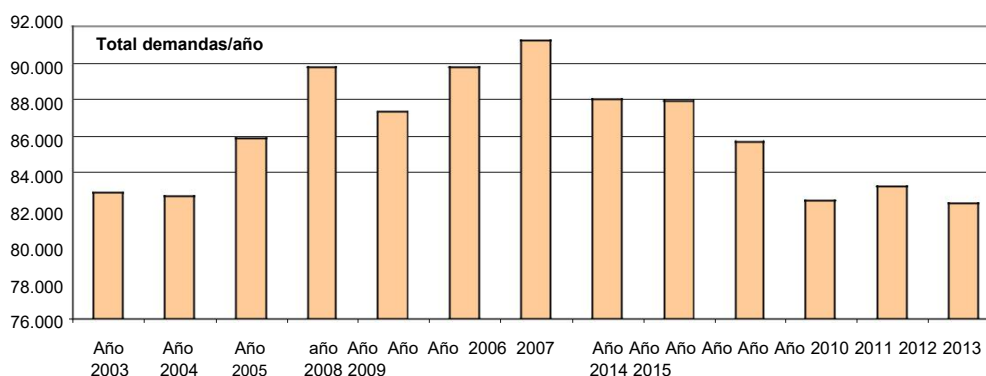


Gráfico 71. Demanda de urgencias CHUDrN.

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

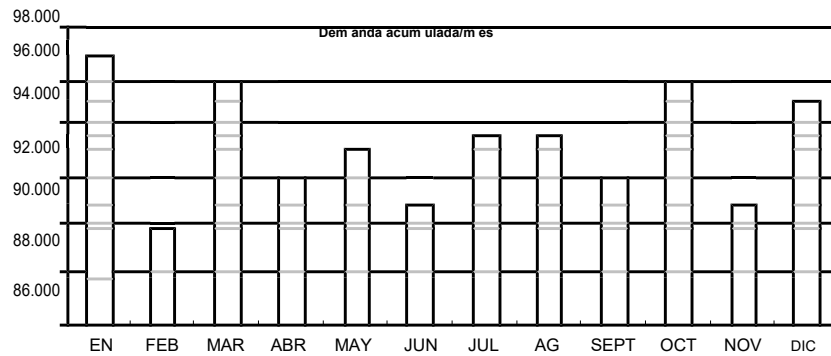


Gráfico 72. Urgencia atendidas mes CHUDrN.

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

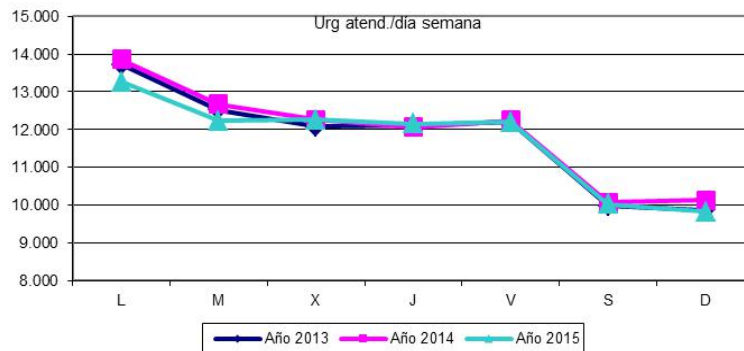


Gráfico 73. Demanda día de la semana CHUDrN.

El flujograma de los pacientes que acudieron al servicio de urgencias del HUDrN durante el año 2.014, en base a la franja horaria, supone que, de media, aproximadamente un 44% lo hace en horario de mañana (de 8:00 a 15:00 horas), un 37,5% en horario de tarde (de 15:00 a 22 horas) y un 19,5% en horario de noche (de 22:00 a 08 horas del día siguiente).

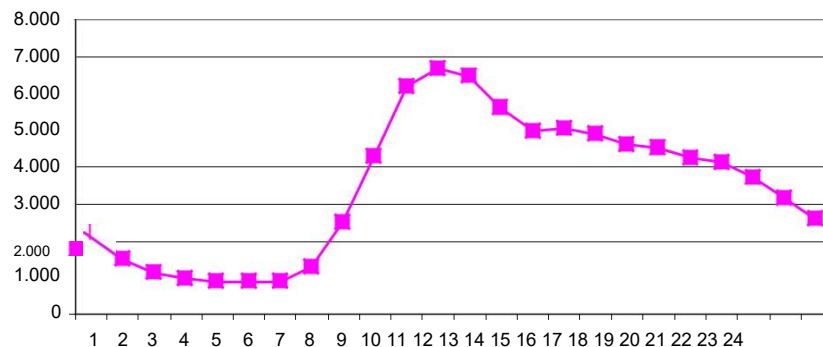


Gráfico 74. Demanda de urgencias por hora CHUDrN.

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

y a la petición propia:

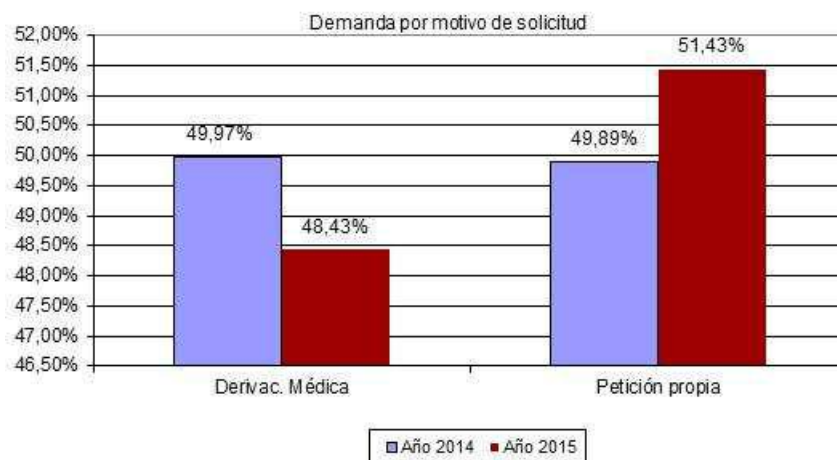


Gráfico 75. Urgencias por motivo de solicitud CHUDrN.

El 49,84% de los usuarios atendidos en el SUH fueron mujeres y el 50,16% hombres. Del total de altas registradas en el Servicio de Urgencias, la demanda asistencial por franjas de edad fue la siguiente:

Tabla 80. Urgencias por grupos de edad CHUDrN.

	Año 2014	Año 2015
< 14 a.	0,82%	0,79%
15-44 a.	31,35%	29,48%
45-64 a.	28,50%	28,48%
65-74 a.	14,73%	15,30%
> 75 a.	24,60%	25,95%



Gráfico 76. Urgencias por grupos de edad CHUDrN.

El 41,25% de los pacientes eran mayores de 65 años (hay que tener en cuenta que este porcentaje está sesgado al no tener atención pediátrica) y dentro de este grupo de edad, el 62,92% eran mayores de 74 años.

El tiempo que los pacientes permanecen en el servicio de urgencias está influenciado por muchos factores, alguno de ellos externo al propio servicio y es, en muchas ocasiones, un motivo de insatisfacción de los usuarios. Desglosado en función del destino al alta, los tiempos medios de permanencia en el servicio son:

Tabla 81. Tiempo medio de permanencia CHUDrN.

	Año 2014		Año 2015	
	Total altas	Tiempo de permanencia (hs)	Total altas	Tiempo de permanencia (hs)
Ingreso propio centro	9.113	27,08	9.550	24,44
Alta sin ingreso	73.202	5,08	71.520	4,63
Traslado a otro centro	947	50,85	1.048	52,97

60 Tiempo permanencia Sº Urg 50,85 52,97

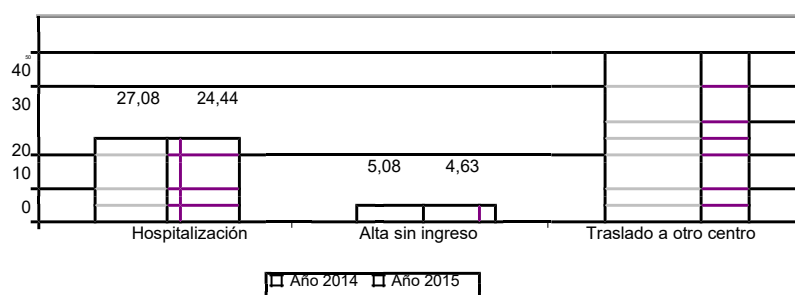


Gráfico 77. Tiempo medio de permanencia CHUDrN.

b) RECURSOS ESTRUCTURALES:

Tabla 82. Recursos estructurales CHUDrN.

	Año 2013	Año 2014	Año 2015
Boxes triaje	2	2	2
Boxes de consulta/exploración	18	20	20
Boxes de reanimación	1	1	1
Camas de observación/sillones	44 (6 puestos para críticos)	48 (6 puestos para críticos)	48 (6 puestos para críticos)

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

Tabla 83. Recursos humanos CHUDrN.

	Año 2013	Año 2014	Año 2015
Médicos	25	26	25
Enfermeras	67	67	68
Aux. Enfermería	48	48	48

Distribución de personal médico por franjas horarias:

Tabla 84. Recursos humanos CHUDrN

	Año 2013			Año 2014			Año 2015		
	Mañana	Tarde	Noche	Mañana	Tarde	Noche	Mañana	Tarde	Noche
Laborables	8	7	4	8	7	4	8	7	4
Festivos	4	4	4	4	4	4	4	4	4

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

ÁREA DE SALUD DE LA PALMA

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

Tabla 85. Urgencias de AP.

	Año 2014	Año 2015	Variación 2014-2015	Urg./día 2015	Urg. derivadas 2015
S.C de la Palma	17.035	17.398	2,13%	48	2,48%
Mazo	3.406	3.452	1,35%	10	3,68%
Los Llanos de Aridane	28.786	26.164	-9,11%	72	2,43%
Tijarafe	1.794	1.976	10,14%	6	6,63%
Garafía	540	712	31,85%	3	4,92%
San Andrés y Sauces	5.802	5.671	-2,26%	16	6,15%
TOTAL	57.363	55.373	-3,59%	155	4,38%

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

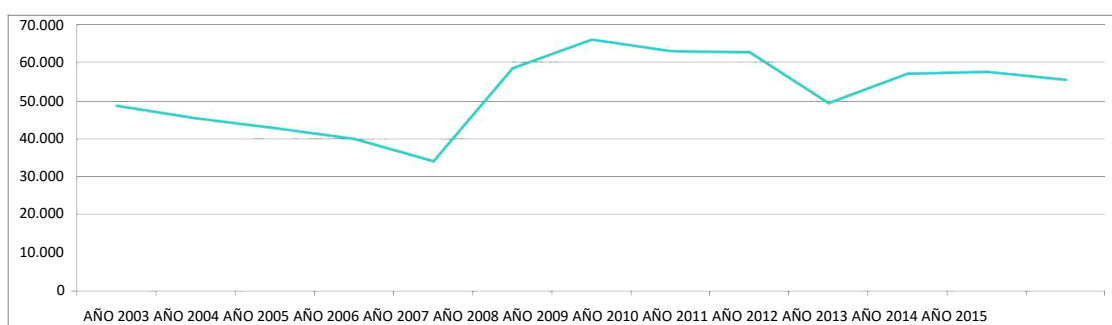


Gráfico 78. Evolución urgencias AP.

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

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

Tabla 86. Dotación de medios diagnósticos.

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

HOSPITAL GENERAL DE LA PALMA (HGLP)

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

a) ACTIVIDAD:

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

Tabla 87. Actividad de urgencias.

HGLP	Urg. atendidas	Urg./día	Urg. no ingresadas	Presión urg. Hosp.	Urg./1.000 hab.
Año 2008	29.078	80	85,13%	68,04%	336
Año 2009	29.076	80	85,30%	69,43%	334
Año 2010	26.618	73	85,46%	63,04%	305
Año 2011	26.968	74	84,38%	67,52%	309
Año 2012	25.640	70	84,42%	65,19%	300
Año 2013	25.710	70	84,91%	64,68%	302
Año 2014	24.663	68	85,78%	63,51%	296
Año 2015	25.121	69	85,61%	65,01%	305

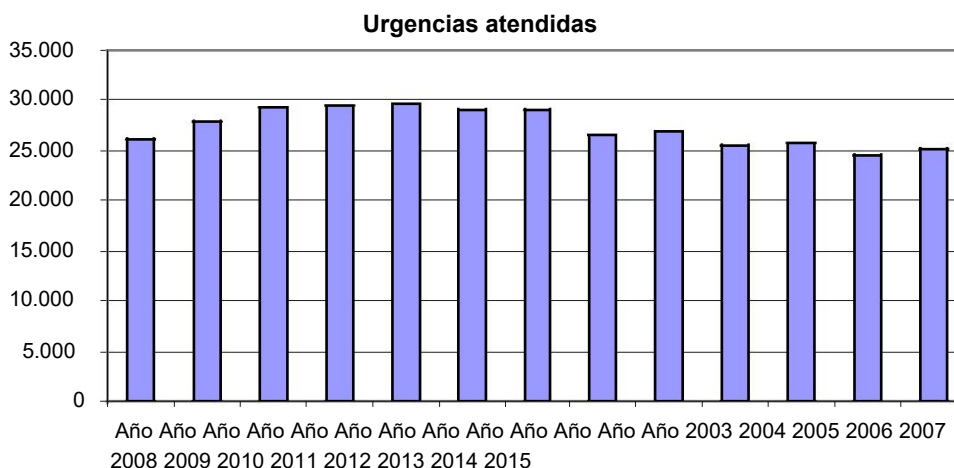


Gráfico 79. Evolución de las urgencias.

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

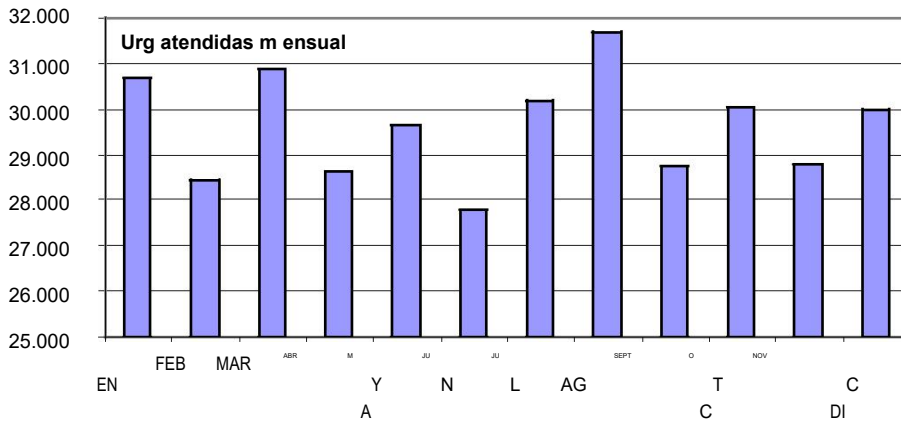


Gráfico 80. Urgencias atendidas mes.

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

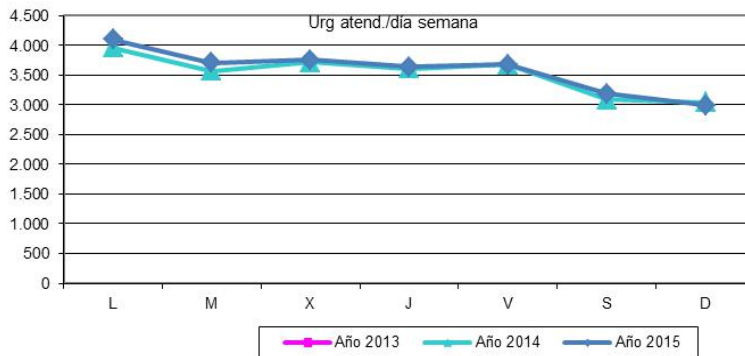


Gráfico 81. Demanda día de la semana

El flujograma de los pacientes que acudieron al servicio de urgencias del Hospital General de la Palma durante el año 2015, en base a la franja horaria supone que, de media, aproximadamente un 46,77% lo hace en horario de mañana (de 08:00 a 15:00 horas), el 37,45% en horario de tarde (de 15:00 a 22:00 horas) y el 15,79% en horario de noche (de 22:00 a 08:00 horas del día siguiente).

El 53,69% de los usuarios atendidos en el SUH fueron mujeres y el 46,31% hombres. Del total de altas registradas en el Servicio de Urgencias, la demanda asistencial por franjas de edad fue la siguiente (Fuente: SIH-OBI):

Tabla 88. Urgencias por grupos de edad.

	Año 2014	Año 2015
< 14 a.	11,48%	10,88%
15-44 a	34,31%	31,92%
45-64 a.	23,35%	24,57%
65-74 a.	12,02%	12,75%
> 75 a	18,84%	19,89%

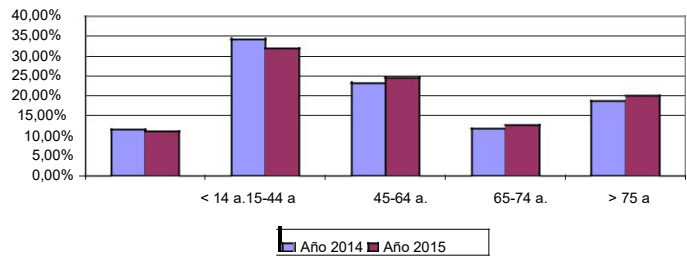


Gráfico 82. Tabla 88. Urgencias por grupos de edad.

El 32,64% de los pacientes eran mayores de 65 años y, dentro de este grupo de edad, el 61,06% eran mayores de 74 años.

El tiempo que los pacientes permanecen en el servicio de urgencias está influenciado por muchos factores, alguno de ellos externo al propio servicio y es, en muchas ocasiones, un motivo de insatisfacción de los usuarios. Desglosado en función del destino al alta, los tiempos medios de permanencia en el servicio son:

Tabla 89. Tiempo medio de permanencia.

	Año 2014		Año 2015	
	Total altas	Tiempo medio de permanencia (hs)	Total altas	Tiempo medio de permanencia (hs)
Ingreso propio centro	3.506	5,35	3.616	6,07
Alta sin ingreso	21.135	3,29	21.439	3,34
Traslado a otro centro	21	10,43	21	10,29

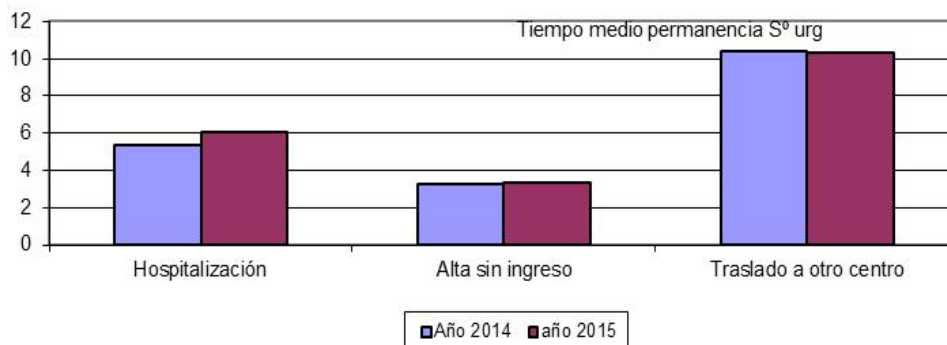


Gráfico 83. Tiempo medio de permanencia.

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



Gráfico 84. Urgencias por motivo de solicitud.

b) RECURSOS ESTRUCTURALES:

Tabla 90. Recursos estructurales.

	Año 2013	Año 2014	Año 2015
Boxes triaje	1	1	1
Boxes de consulta/exploración	5	5	5
Boxes de reanimación	2	2	2
Camas de observación/sillones	8	13	13

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

Tabla 91. Recursos humanos.

	Año 2013	Año 2014	Año 2015
Médicos	11	11	11
Enfermeras	15	15	15
Aux. Enfermería	14	11	11

La distribución de efectivos por franja horaria es la siguiente:

Tabla 92. Recursos humanos.

	Año 2013			Año 2014			Año 2015		
	Mañana	Tarde	Noche	Mañana	Tarde	Noche	Mañana	Tarde	Noche
Médicos									
Laborables	3	2	2	3	2	2	3	2	2
Festivos	2	2	2	2	2	2	2	2	2

La organización del servicio contempla la actividad mediante la modalidad de turnos de mañana, un "turno" que cubre el horario tarde/noche (17 horas) y otro turno que cubre la misma franja horaria en la modalidad de guardia.

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

En cuanto a la enfermería, los efectivos por turno son los siguientes:

Tabla 93. Recursos humanos.

Año 2015	Mañana	Tarde	Noche
Laborables	3	4	2
Festivos	3	4	2

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

ÁREA DE SALUD DE LANZAROTE

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

Tabla 94. Urgencias de AP.

	Año 2014	Año 2015	Variación 2014-2015	Urg./día 2015	Urg. derivadas 2015*
Valterra	51.279	55.285	7,25%	151	
Tías	11.651	13.208	11,80%	36	
Haría-Mala*	977				
La Graciosa	674	873	22,79%	3	
Playa Blanca	7.905	12.170	35,05%	33	
TOTAL	72.486	81.536	12,48%	223	

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

*Sólo actividad de enfermería.// *No se ha recogido este dato.

En base al número de servicios de urgencias operativos en el área de salud de Lanzarote, la ratio, en relación a la población de cobertura es de 2,79 servicio urgencias/100.000 habitantes, 1 punto de atención urgente presencial por cada 35.802 habitantes (media del SNS 1/24.338 hab.; 4 centros/100.000 hab.).

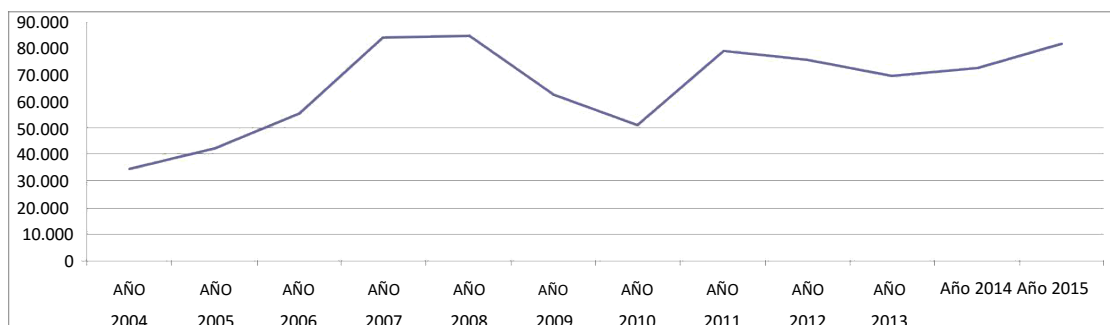


Gráfico 85. Evolución de las urgencias.

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

Tabla 95. Dotación de medios diagnósticos.

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

HOSPITAL DOCTOR MOLINA OROSA (HDrMO)

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

a) ACTIVIDAD:

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

Tabla 96. Actividad de urgencias.

HDrMO	Urg. atendidas	Urg./día	Urg. no ingresadas	Presión urg. Hosp.	Urg./1.000 hab.
Año 2008	65.890	181	90,53%	74,01%	472
Año 2009	66.449	182	89,79%	78,41%	468
Año 2010	61.753	169	90,64%	73,51%	437
Año 2011	60.223	165	90,73%	71,67%	423
Año 2012	54.665	150	89,59%	77,52%	385
Año 2013	54.213	149	88,99%	75,86%	382
Año 2014	53.836	147	88,87%	73,59%	379
Año 2015	56.524	155	89,49%	75,06%	395

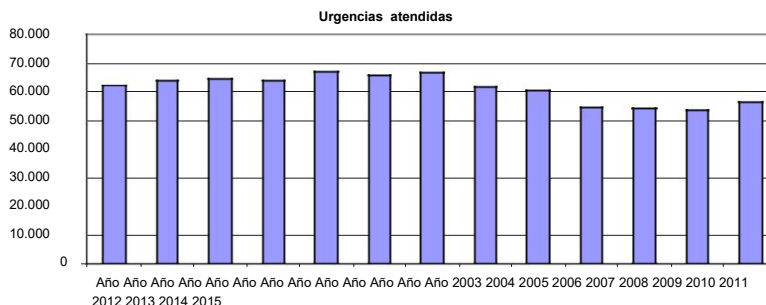


Gráfico 86. Evolución de las urgencias.

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

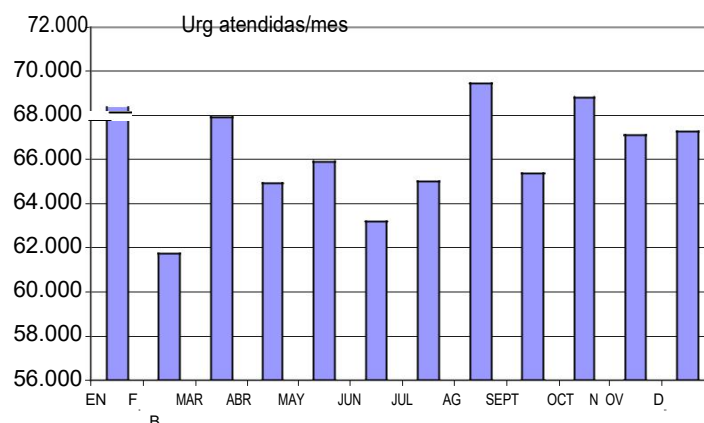


Gráfico 87. Urgencias atendidas mes.

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

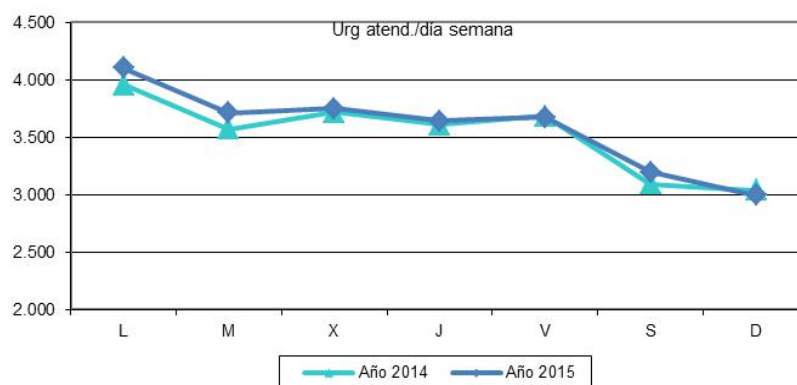


Gráfico 88. Demanda día de la semana.

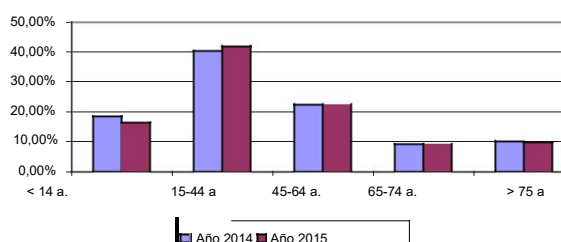
El flujograma de los pacientes que acudieron al servicio de urgencias del HDrMO durante el año 2015, en base a la franja horaria supone que, de media, aproximadamente un 42% lo hace en horario de mañana (de 08:00 a 15:00 horas), el 37% en horario de tarde (de 15:00 a 22:00 horas) y el 21% en horario de noche (de 22:00 a 08:00 horas del día siguiente).

El 53,31% de los usuarios atendidos en el SUH fueron mujeres y el 46,69% hombres. Del total de altas registradas en el Servicio de Urgencias, la demanda asistencial por franjas de edad fue la siguiente:

Tabla 97. Urgencias por grupos de edad.

	Año 2014	Año 2015
< 14 a.	18,14%	16,40%
15-44 a	40,44%	42,08%
45-64 a.	22,38%	22,66%
65-74 a.	8,99%	9,07%
> 75 a	10,05%	9,79%

Gráfico 89. Urgencias por grupos de edad.



El 18,83% de los pacientes eran mayores de 65 años y, dentro de este grupo de edad, el 51,90% eran mayores de 74 años. Así, el Área de Salud de Lanzarote es, junto con Fuerteventura, una de las que atiende menos población anciana de la Comunidad en los servicios de urgencias hospitalarios.

El tiempo que los pacientes permanecen en el servicio de urgencias está influenciado por muchos factores, alguno de ellos externo al propio servicio y es, en muchas ocasiones, un motivo de insatisfacción de los usuarios. Desglosado en función del destino al alta, los tiempos medios de permanencia en el servicio son:

Tabla 98. Tiempo medio de permanencia.

	Año 2014		Año 2015	
	Total altas	Tiempo de permanencia (hs)	Total altas	Tiempo de permanencia (hs)
Ingreso propio centro	5.999	11,41	5.930	12,11
Alta sin ingreso	47.633	6,07	50.179	5,91
Traslado a otro centro	208	18,28	222	17,78

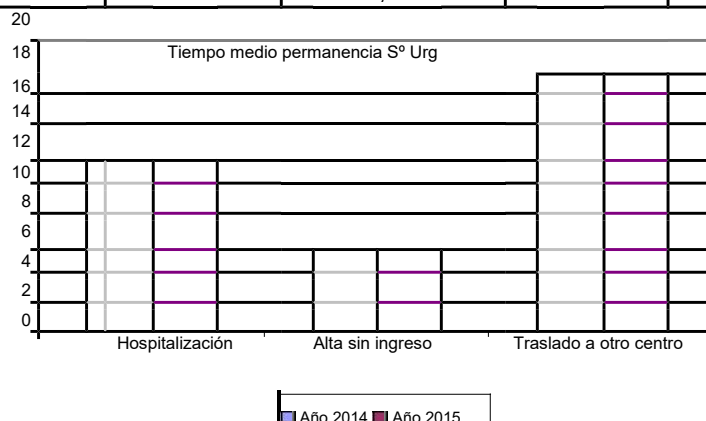


Gráfico 90. Tiempo medio de permanencia.

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

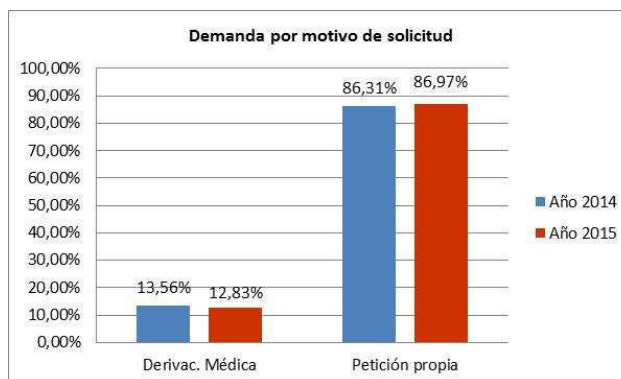


Gráfico 91. Urgencias por motivo de solicitud.

b) RECURSOS ESTRUCTURALES:

Tabla 99. Recursos estructurales.

	Año 2013	Año 2014	Año 2015
Boxes triaje	2	2	2
Boxes consulta/exploración	5	5	5
Boxes reanimación	2	2	2
Boxes de observación/sillones	43	43	43

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

Tabla 100. Recursos estructurales.

	Año 2013	Año 2014	Año 2015
Médicos	23	23	23
Enfermeras	45	45	45
Aux. Enfermería	21	21	21

La distribución de efectivos por franja horaria es la siguiente:

Tabla 101. Recursos humanos.

	Año 2013			Año 2014			Año 2015		
	Mañana	Tarde	Noche	Mañana	Tarde	Noche	Mañana	Tarde	Noche
Médicos									
Laborables	5+1	6	4	5+1	5	4	5+1	5	4
Festivos	6	6	4	5	5	4	5	5	4

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

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

En cuanto a la enfermería, los efectivos por turno son los siguientes:

Tabla 102. Recursos humanos.

Año 2015	Mañana	Tarde	Noche
Laborables	9	9	8
Festivos	9	9	8

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

ÁREA DE SALUD DE FUERTEVENTURA

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

Tabla 103. Urgencias de AP.

	Año 2014	Año 2015	Variación 2014-2015	Urg/día 2015	Urg derivadas 2015*
Puerto del Rosario	17.952	22.489	25,27%	62	%
Gran Tarajal	9.770	11.599	18,72%	32	%
Morro Jable	8.193	9.648	17,76%	26	%
Corralejo -La Oliva	9.346	12.202	30,56%	33	%
TOTAL	45.261	55.938	23,59%	153	%

En color los SNU. Fuente: Almacén de datos de Atención Primaria.// *No se ha recogido este dato.

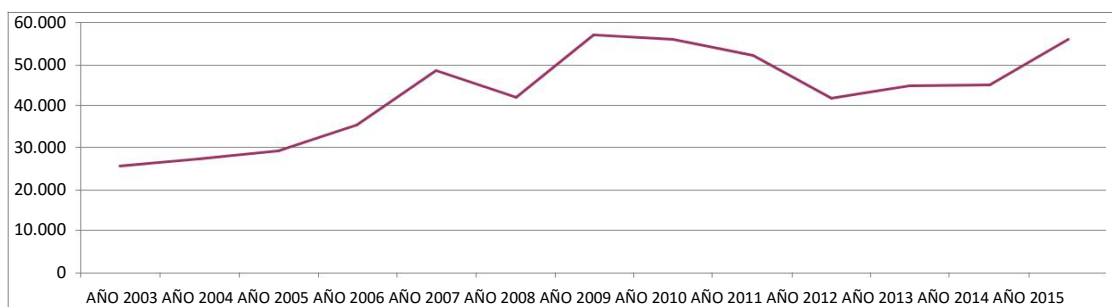


Gráfico 92. Evolución de urgencias.

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

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

Tabla 104. Dotación de medios diagnósticos.

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

HOSPITAL GENERAL DE FUERTEVENTURA (HGFV)

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

a) ACTIVIDAD:

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

Tabla 105. Actividad de urgencias.

HGFV	Urg. atendidas	Urg./día	Urg. no ingresadas	Presión urg. Hosp.	Urg/1.000 hab.
Año 2008	43.640	120	89,13%	72,35%	432
Año 2009	42.437	116	89,35%	69,30%	411
Año 2010	37.259	102	88,57%	69,17%	360
Año 2011	38.157	105	89,31%	69,37%	367
Año 2012	37.033	101	88,83%	70,11%	348
Año 2013	35.480	97	88,79%	64,32%	325
Año 2014	36.685	101	89,03%	66,64%	343
Año 2015	38.395	105	88,94%	71,61%	358

50.000 Urgencias atendidas

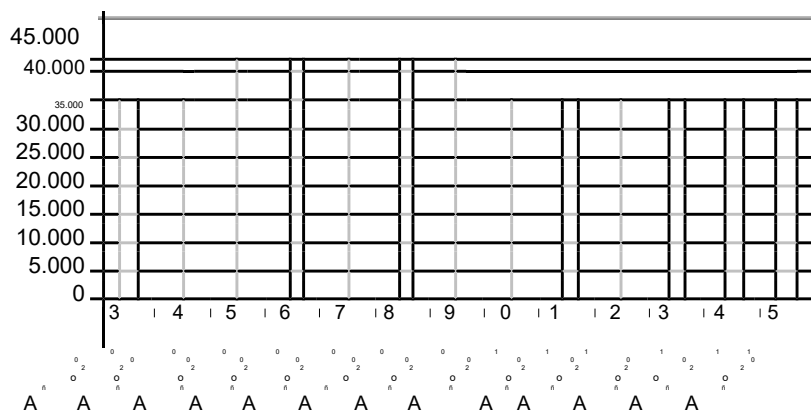


Gráfico 93. Evolución de las urgencias.

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

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

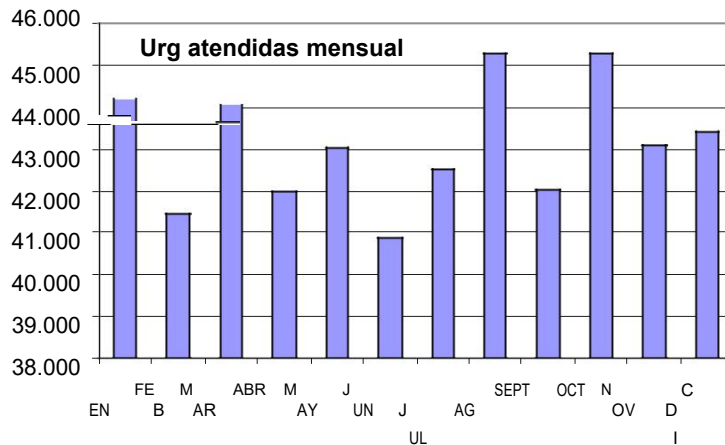


Gráfico 94. Urgencias atendidas mes.

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

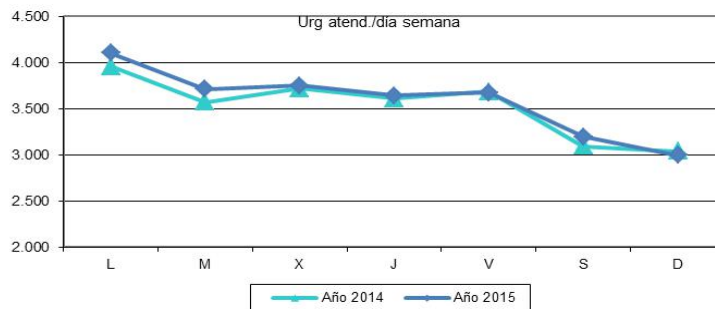


Gráfico 95. Demanda día de la semana.

El flujograma de los pacientes que acudieron al servicio de urgencias del HGFV durante el año 2015, en base a la franja horaria supone que, de media, aproximadamente un 42% lo hace en horario de mañana (de 08:00 a 15:00 horas), el 38% en horario de tarde (de 15:00 a 22:00 horas) y el 20% en horario de noche (de 22:00 a 08:00 horas del día siguiente).

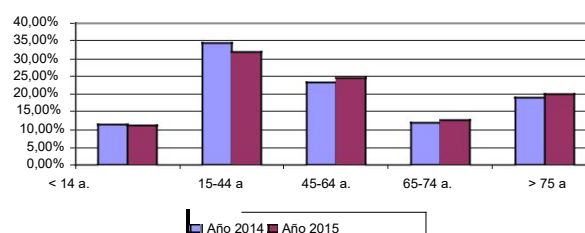
El 53% de los usuarios atendidos en el SUH fueron mujeres y el 47% hombres. Del total de altas registradas en el Servicio de Urgencias, la demanda asistencial por franjas de edad fue la siguiente

(Fuente: OBI):

Tabla 106. Urgencias por grupos de edad.

	Año 2014	Año 2015
< 14 a.	17,41%	17,70%
15-44 a.	44,81%	43,60%
45-64 a.	22,26%	22,58%
65-74 a.	7,44%	7,80%
> 75 a.	8,08%	8,31%

Gráfico 96. Urgencias por grupos de edad.



El 16,11% de los pacientes eran mayores de 65 años y, dentro de este grupo de edad, el 51,09% eran mayores de 74 años. Así, el Área de Salud de Fuerteventura es, junto con Lanzarote, una de las que atiende menos población anciana de la Comunidad en los servicios de urgencias hospitalarios.

El tiempo que los pacientes permanecen en el servicio de urgencias está influenciado por muchos factores, alguno de ellos externo al propio servicio y es, en muchas ocasiones, un motivo de insatisfacción de los usuarios. Desglosado en función del destino al alta, los tiempos medios de permanencia en el servicio son:

Tabla 107. Tiempo medio de permanencia.

	Año 2014		Año 2015	
	Total altas	Tiempo de permanencia (hs)	Total altas	Tiempo de permanencia (hs)
Ingreso propio centro	3.788	9,36	4.040	8,50
Alta sin ingreso	32.834	3,56	34.118	3,90
Traslado a otro centro	63	11,10	61	11,69



Gráfico 97. Evolución de las urgencias.

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

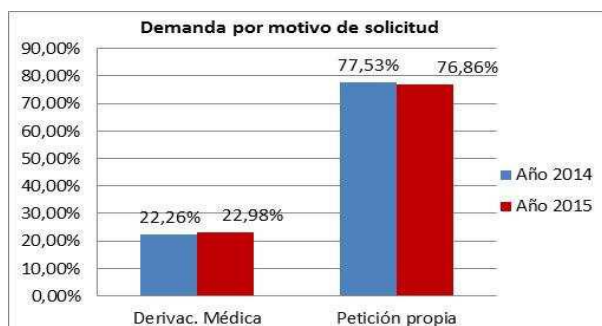


Gráfico 98. Urgencias por motivo de solicitud.

b) RECURSOS ESTRUCTURALES:

Tabla 108. Recursos humanos.

	Año 2014	Año 2015
Boxes triaje	1	1
Consulta rápida	1	1
Boxes reanimación	2	2
Boxes exploración	17	17
Boxes observación	13	14

Durante el primer trimestre del 2015 se puso en funcionamiento el nuevo servicio de urgencias del hospital.

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

Tabla 109. Recursos humanos.

	Año 2014	Año 2015
Médicos	18	18
Enfermeras	26	26
Aux. Enfermería	12	12

La distribución de efectivos por franja horaria es la siguiente:

Tabla 110. Recursos humanos.

	Año 2014			Año 2015		
	Mañana	Tarde	Noche	Mañana	Tarde	Noche
Laborables	5	4	4	5	4	4
Festivos	4	4	4	4	4	4

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

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

ÁREA DE SALUD DE LA GOMERA

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

Tabla 111. Urgencias AP.

	Año 2014	Año 2015	Variación 2014-2015	Urg./día 2015	Urg. derivadas 2015
San Sebastián	6.800	7.757	14,07%	21	2,64%
Valle Gran Rey	3.656	3.836	4,92%	11	4,33%
Vallehermoso	1.805	1.818	0,72%	5	5,67%
Hermigua	3.042	3.172	4,27%	9	5,14%
Alajeró	1.314	1.338	1,83%	4	5,23%
TOTAL	16.617	17.921	7,85%	50	4,60%

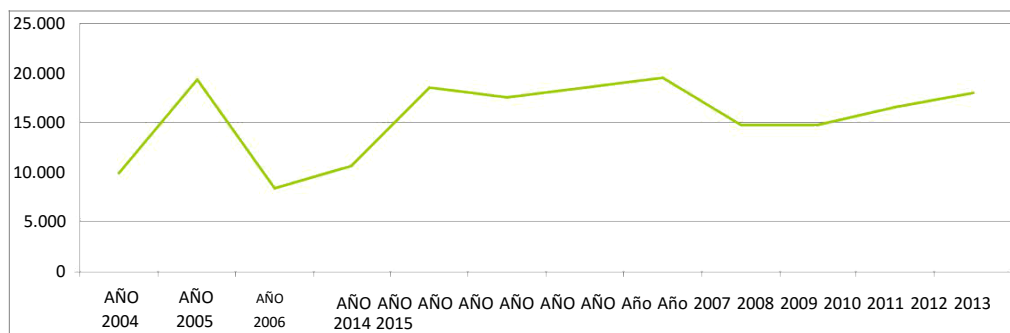


Gráfico 99. Evolución de las urgencias AP.

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

HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE (HNSG)

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

a) ACTIVIDAD:

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

Tabla 112. Actividad de urgencias.

HNSG	Urg. atendidas	Urg./día	Urg. no ingresadas	Presión urg. Hosp.	Urg./1.000 hab.
Año 2008	8.788	24	89,90%	75,82%	388
Año 2009	8.770	24	90,59%	83,01%	385
Año 2010	8.423	23	90,95%	76,64%	370
Año 2011	8.290	23	90,11%	80,59%	359
Año 2012	7.925	22	90,38%	79,61%	355
Año 2013	7.495	21	90,62%	79,37%	354
Año 2014	7.754	21	91,00%	80,90%	374
Año 2015	7.934	22	91,90%	70,71%	382

10.000 Urgencias atendidas

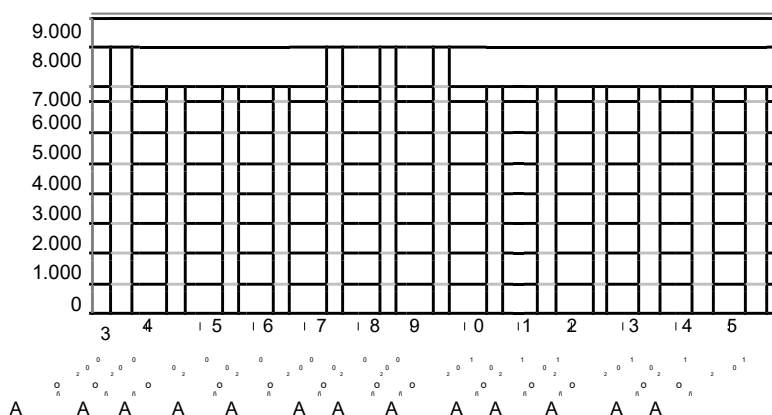


Gráfico 100. Evolución de las urgencias AE.

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

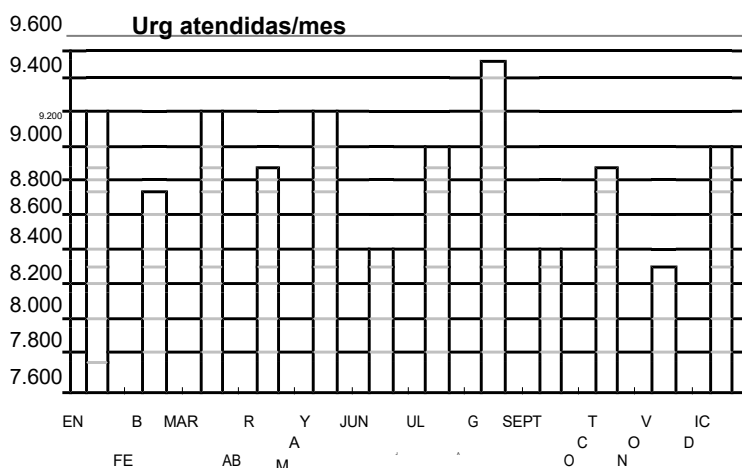


Gráfico 101. Urgencias atendidas mes.

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

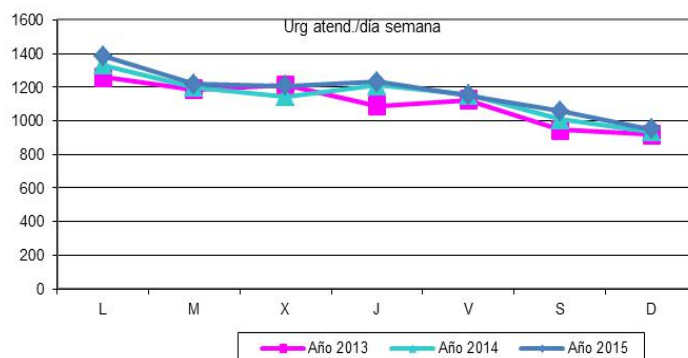


Gráfico 102. Demanda día de la semana.

El flujograma de los pacientes que acudieron al servicio de urgencias del HNSG durante el año 2015, en base a la franja horaria supone que, de media, aproximadamente un 49% lo hace en horario de mañana (de 08:00 a 15:00 horas), el 33% en horario de tarde (de 15:00 a 22:00 horas) y el 17% en horario de noche (de 22:00 a 08:00 horas del día siguiente).

El 51% de los usuarios atendidos en el SUH fueron mujeres y el 49% hombres. Del total de altas registradas en el Servicio de Urgencias, la demanda asistencial por franjas de edad fue la siguiente (Fuente: SIH-OBI):

Tabla 113. Urgencias por grupos de edad.

	Año 2015
< 14 a.	16,05%
15-44 a.	31,13%
45-64 a.	23,60%
65-74 a.	11,12%
> 75 a.	18,10%

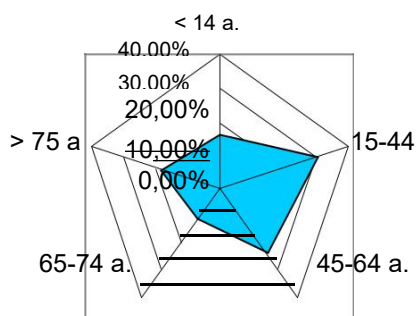


Gráfico 103. Urgencias por grupos de edad.

El 29,22% de los pacientes eran mayores de 65 años y, dentro de este grupo de edad, el 61,94% eran mayores de 74 años.

El tiempo que los pacientes permanecen en el servicio de urgencias está influenciado por muchos factores, alguno de ellos externo al propio servicio y es, en muchas ocasiones, un motivo de insatisfacción de los usuarios. Desglosado en función del destino al alta, los tiempos medios de permanencia en el servicio son:

Tabla 114. Tiempo medio de permanencia.

	Año 2014		Año 2015	
	Total altas	Tiempo medio de permanencia (hs)	Total altas	Tiempo medio de permanencia (hs)
Ingreso propio centro	765	11,59	703	18,33
Alta sin ingreso	7.074	3,69	7.305	3,83
Traslado a otro centro	140	16,77	193	17,18

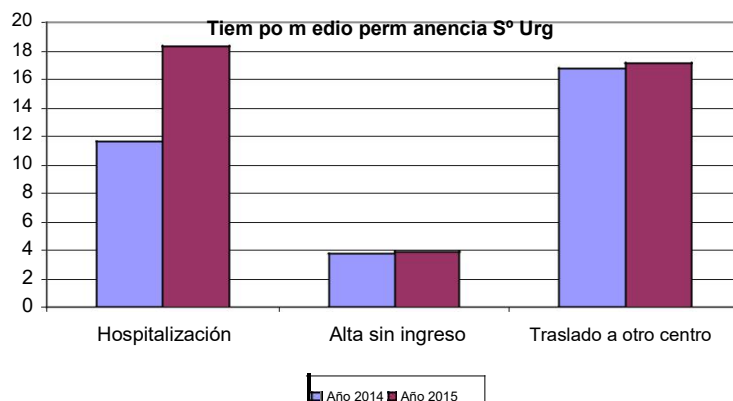


Gráfico 104. Tiempo medio de permanencia.

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

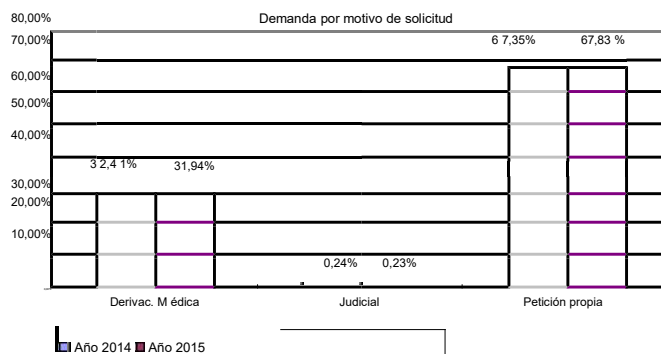


Gráfico 105. Urgencias por motivo de solicitud.

b) RECURSOS ESTRUCTURALES:

Tabla 115. Recursos humanos.

	Año 2015
Boxes triaje	1
Boxes consulta/observación	9
Boxes reanimación	1
Boxes observación/sillones	9

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

Tabla 116. Recursos humanos.

	Año 2015
Médicos	7
Enfermeras	10
Aux. Enfermería	8

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

ÁREA DE SALUD DE EL HIERRO

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

Tabla 117. Urgencias AP.

	Año 2.014	Año 2.015	Variación 2014-2015	Urg./día 2015	Urg. derivadas 2.015
El Pinar	1.095	1.335	21,92%	4	5,99%
Frontera	2.791	2.959	6,02%	8	6,69%
TOTAL	3.886	4.294	10,50%	12	6,34%

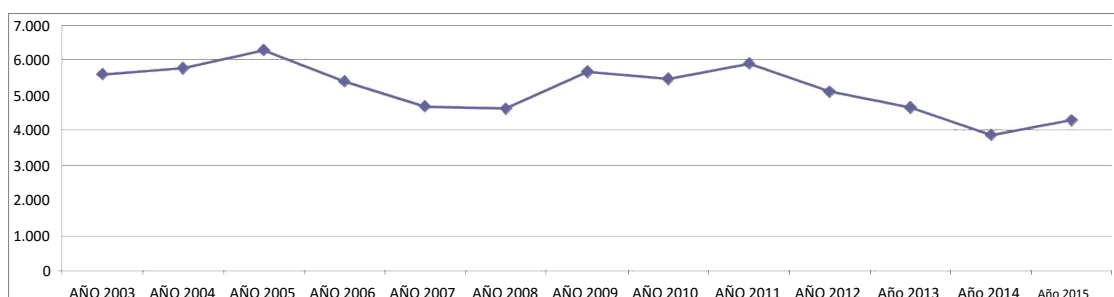


Gráfico 106. Evolución de las urgencias.

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

HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LOS REYES (HNSR)

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

a) ACTIVIDAD:

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

Tabla 118. Urgencias atendidas.

HNSR	Urg. Atendidas	Urg./día	Urg. no ingresadas	Presión urg. Hosp.	Urg./1.000 hab.
Año 2008	5.066	14	93,60%	68,24%	471
Año 2009	5.607	15	94,51%	82,45%	515
Año 2010	6.129	17	95,07%	81,94%	559
Año 2011	6.272	17	94,69%	84,99%	570
Año 2012	6.234	17	94,56%	80,52%	565
Año 2013	5.878	16	93,43%	71,50%	535
Año 2014	5.528	15	94,14%	76,78%	518
Año 2015	5.499	15	93,91%	79,20%	519

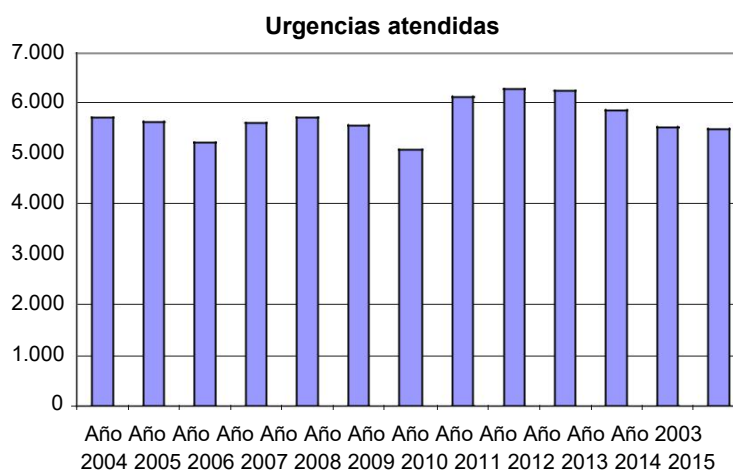


Gráfico 107. Evolución de las urgencias.

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

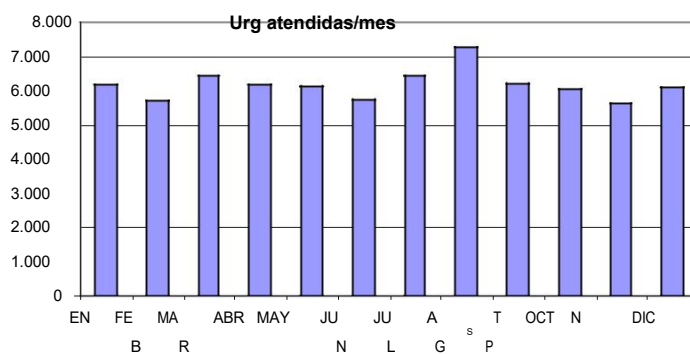


Gráfico 108. Urgencias atendidas mes.

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

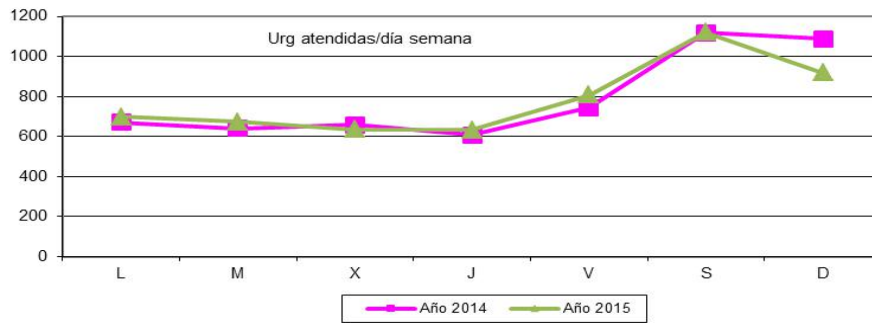


Gráfico 109. Demanda día de la semana.

El flujograma de los pacientes que acudieron al servicio de urgencias del HNSR durante el año 2015, en base a la franja horaria supone que, de media, aproximadamente un 47% lo hace en horario de mañana (de 08:00 a 15:00 horas), el 40% en horario de tarde (de 15:00 a 22:00 horas) y el 13% en horario de noche (de 22:00 a 08:00 horas del día siguiente).

El 52% de los usuarios atendidos en el SUH fueron mujeres y el 48% hombres. Del total de altas registradas en el Servicio de Urgencias, la demanda asistencial por franjas de edad fue la siguiente (Fuente: SIH-OBI):

Tabla 119. Urgencias por de edad.

	Año 2015
< 14 a.	15,77%
15-44 a	31,55%
45-64 a.	22,86%
65-74 a.	11,19%
> 75 a	18,63%

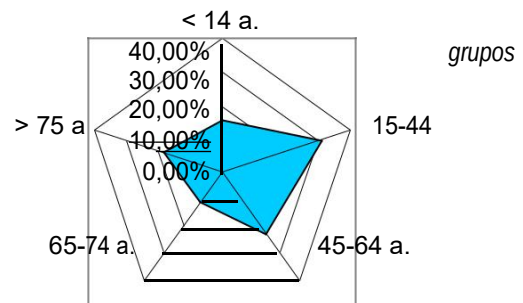


Gráfico 110. Urgencias por grupos de edad.

El 29,82% de los pacientes eran mayores de 65 años y, dentro de este grupo de edad, el 62,47% eran mayores de 74 años.

El tiempo que los pacientes permanecen en el servicio de urgencias está influenciado por muchos factores, alguno de ellos externo al propio servicio y es, en muchas ocasiones, un motivo de insatisfacción de los usuarios. Desglosado en función del destino al alta, los tiempos medios de permanencia en el servicio son:

Tabla 120. Tiempo medio de permanencia.

	Año 2014		Año 2015	
	Total altas	Tiempo medio de permanencia (hs)	Total altas	Tiempo medio de permanencia (hs)
Ingreso propio centro	299	20,10	306	21,42
Alta sin ingreso	5.120	3,57	5.089	3,60
Traslado a otro centro	110	19,56	91	19,79

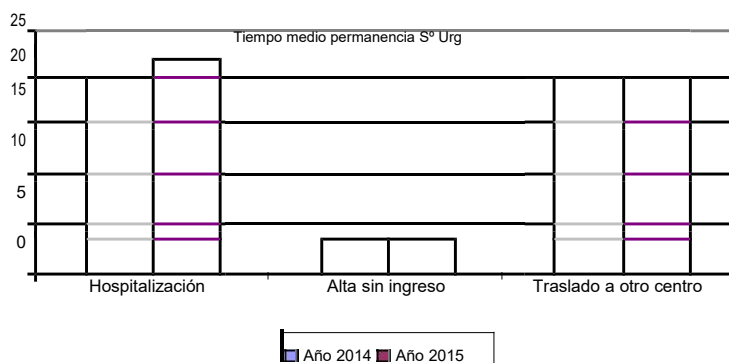


Gráfico 111. Tiempo medio de permanencia.

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

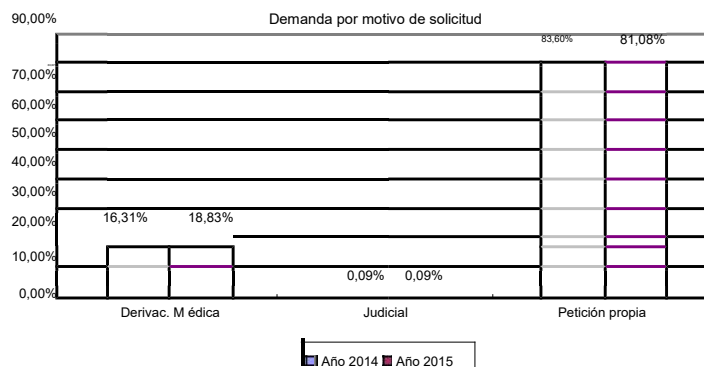


Gráfico 112. Urgencias por motivo de solicitud.

b) RECURSOS ESTRUCTURALES:

Tabla 121. Recursos humanos.

	Año 2015
Boxes triaje	1
Boxes consulta/observación	6
Boxes reanimación	1
Boxes observación/sillones	0

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

Tabla 122. Recursos humanos.

	Año 2015
Médicos	5
Enfermeras	6
Aux. Enfermería	6

2.5. ANÁLISIS DAFO.

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

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

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

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

La metodología DAFO, permite conocer la situación real de la organización en la que se encuentra la organización mediante el análisis de sus capacidades internas (debilidades y fortalezas) y el impacto en el entorno en el que desarrolla su actividad (amenazas y oportunidades).

Las principales conclusiones obtenidas se reflejan en las tablas desglosadas por ámbitos asistenciales primaria y hospitalaria.

El análisis DAFO se basa en dos pilares básicos: el análisis interno y el análisis externo de la organización.

1.- Análisis Interno. Permite fijar las fortalezas y debilidades de la organización. De la combinación de fortalezas con oportunidades surgen las líneas estratégicas y los planes de acción.

Principales fortalezas:

El Servicio Canario de la Salud cuenta con profesionales competentes con calidad para prestar asistencia a las urgencias.

Los profesionales dedicados a las urgencias tienen un alto porcentaje de estabilidad.

Los profesionales tienen buena predisposición a la introducción de mejoras, a los cambios y a la asunción de nuevas competencias.

Se dispone de un sistema de información (Hª Clínica de Urgencias) que permite acceder a los datos clínicos de los pacientes y se aplican protocolos de actuación ante determinadas patologías.

Existen dispositivos de atención urgente accesibles a la población.

Principales debilidades:

Los profesionales manifiestan que la rigidez en la gestión de turnos y horarios profesionales no facilita la fidelización de los mismos en los servicios de urgencias e influye en la alta rotación profesional. Así mismo que existe escasa incentivación de su actividad y el envejecimiento de las plantillas afecta a la actividad continuada.

Existe una necesidad transmitida durante años de formación reglada en urgencias y en áreas específicas como la pediatría y la solicitud de participación de los profesionales en la toma de decisiones

Las deficiencias en las instalaciones y el deficitario equipamiento informático (problemas con la Historia Clínica Electrónica) generan insatisfacción. Los sistemas de información/cuadro de mandos son deficitarios y no se evalúan y analizan con el fin de tomar medidas correctoras.

Existe una gestión ineficiente de los circuitos internos de los servicios y se asume la sobreocupación de los mismos como seña de identidad de las urgencias.

En los servicios de urgencias de Atención Primaria, la ausencia de servicios de apoyo al diagnóstico, limpieza, seguridad, admisión, así como la falta de recursos para la atención domiciliaria limitan su capacidad de maniobra e influye sobre la resolutivez.

Hay una sentida necesidad de coordinación entre los ámbitos asistenciales y el ámbito sociosanitario que influye en el drenaje de los servicios de urgencias.

2.- Análisis Externo. Los factores externos (oportunidades o amenazas), son los que

tienen influencia sobre la organización para la consecución de los objetivos previstos. Las amenazas plantean la necesidad de diseñar estrategias.

Principales oportunidades:

El desarrollo de cuadros de mando de urgencias y la integración de los sistemas informáticos de AP y AE, mejorando la estación clínica de urgencias con la participación de los profesionales en las mismas.

La necesaria reorganización de los servicios de urgencias de Atención Primaria y Atención Hospitalaria, con mejora de las infraestructuras y de los planes formativos y el desarrollo de protocolos conjuntos de actuación entre especialidades, mejorando la coordinación entre ámbitos asistenciales. Introduciendo programas y estrategias de certificación de la calidad.

Se considera necesario que el Plan de Urgencias esté relacionado con la estrategia de abordaje de atención a la cronicidad en la Comunidad Autónoma y con el Plan de Salud de Canarias.

Principales amenazas:

La educación sanitaria de la población se manifiesta como una amenaza por las demandas inadecuadas atención en los ámbitos asistenciales y el uso de los servicios de urgencias como entrada al sistema y by-pass de los circuitos programados por la ineficacia del mismo.

El envejecimiento de la población y el déficit de camas hospitalarias y de camas y recursos sociosanitarios, unidos a la crisis económica y la reducción de presupuestaria.

La actual coyuntura ha supuesto una limitación del presupuesto, limitando la asignación de recursos para la atención al paciente crónico influye de forma decisiva en la atención a las urgencias.

La ineficiencia en el transporte sanitario influye de forma importante en el drenaje de los servicios de urgencias y precisa de medidas correctoras que mejoren su prestación.

La no existencia de la especialidad de medicina de urgencias y la fuga de profesionales por el síndrome de "burnout", influyen en la estabilidad de las plantillas.

La implantación deficiente de las TICs y las deficiencias en la integración de las Historias clínicas de AP y AE influyen en la continuidad de la asistencia.

Todas estas aportaciones junto a las conclusiones extraídas del análisis de situación han permitido elaborar las líneas y objetivos estratégicos que se desarrollan en los planes de acción.

La evaluación de los profesionales que prestan sus servicios en *Atención Primaria* ha sido la siguiente:

DEBILIDADES		AMENAZAS	
1	Rigidez en la contratación de personal y gestión de turnos	1	Reducción presupuestaria
2	Ausencia de servicios de apoyo: limpieza, seguridad, admisión	2	Envejecimiento de la población
3	Falta de recursos para la atención domiciliaria	3	Déficit atención domiciliaria al paciente crónico
4	Falta de resolutiveidad de los servicios de urgencias	4	Déficit de recursos sociosanitarios
5	Falta de coordinación AP-AE-Sociosanitario	✓	Historia Clínica Electrónica no integrada AP-AE
6	Formación deficiente en áreas específicas – pediatría	6	Transporte sanitario ineficiente
7	Deficiencias en las instalaciones	7	Sistema no centrado en el paciente
8	Participación insuficiente de los profesionales en la toma de decisiones	8	Listas de espera
9	Envejecimiento plantilla	9	Falta de concienciación de los pacientes en el autocuidado
10		10	Implantación deficiente de las TICs
FORTALEZAS		OPORTUNIDADES	
1	Competencias profesionales	1	Desarrollo cuadro de mando de urgencias
2	Estabilidad RRHH	2	Integración sistema informático AP-AE
3	Buena predisposición de los profesionales a la introducción de mejoras y asunción de competencias	3	Desarrollo de la estrategia de atención al paciente crónico
4	Informatización de la Hª Clínica de Urgencias	4	Reorganización de los servicios
5	Accesibilidad para la población	5	Desarrollo del III Plan de Salud de Canarias
6		6	
7		7	
8		8	
9		9	
10		10	

Tabla 123. Matriz DAFO AP.

La evaluación de los profesionales que prestan sus servicios en cualquier nivel de *Atención Especializada* ha sido la siguiente:

Tabla 124. Matriz DAFO AE.

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

GRÁFICO DAFO-AE

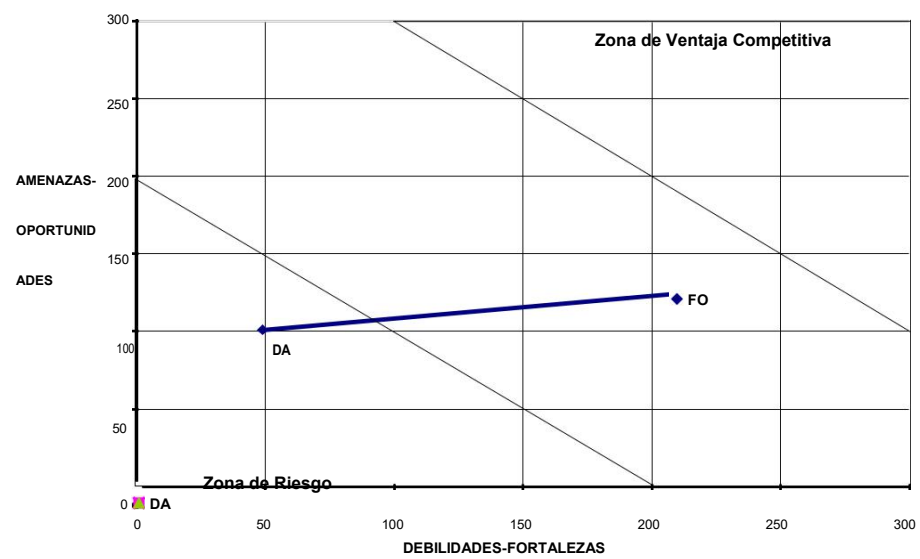


GRÁFICO DAFO AP

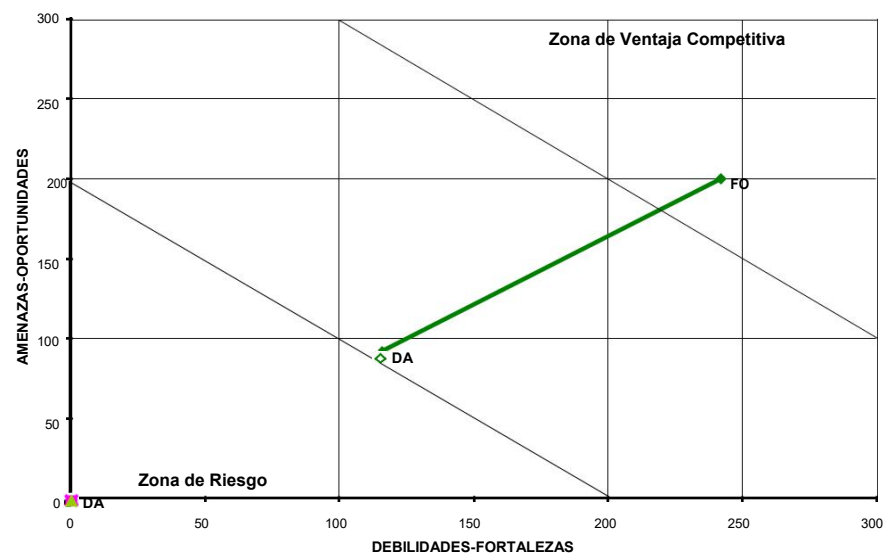


Gráfico 113. Matriz DAFO AP-AE.

2.6. PUNTO DE VISTA DE LOS USUARIOS.

El eje de la atención sanitaria desde la perspectiva del servicio público es el ciudadano, por lo tanto, cualquier aproximación a la complejidad de la atención sanitaria debe partir de sus necesidades y expectativas. Para ello hay que explorarlas y conocerlas. La satisfacción de las mismas ha de observarse como una dimensión fundamental en la calidad del servicio prestado.

La calidad percibida por parte de los usuarios se ha convertido en un elemento esencial que aporta legitimidad a cualquier organización de prestación de servicios, la atención urgente no está al margen de estas expectativas. Profundizando en las mismas, los ciudadanos, expresan sus deseos de una mayor calidad en la atención sanitaria en términos de accesibilidad, efectividad, seguridad e información

Los usuarios y su satisfacción constituyen la piedra angular del sistema sanitario, y esto conlleva una nueva cultura de gestión en la que uno de los puntos clave es determinar cuáles son las necesidades y las expectativas de los usuarios. El concepto de calidad en el sector sanitario ha ido evolucionado hacia la visión integral, que tiene como centro las necesidades, las demandas, las expectativas y la satisfacción del paciente. En el ámbito de las urgencias se ha observado que el aumento de presión asistencial se asocia a un descenso en la mayor parte de los indicadores de calidad percibida por los usuarios.

No disponemos en nuestra comunidad de herramientas específicas para valorar las expectativas del usuario en las urgencias, las encuestas de satisfacción en urgencias, son escasas y realizadas sin criterios uniformes en los centros. A partir de los datos de 2015 de la Oficina de Defensa de los Derechos de los Usuarios Sanitarios (ODDUS), concebida como unidad funcional, esto es no solo en la Oficina, Servicio de la Secretaría General Técnica, sino en ésta y en todas las unidades funcionales de ella dependientes en los distintos órganos prestadores de asistencia sanitaria del Servicio Canario de la Salud y en las Direcciones de Área de Salud y Gerencias de Atención Primaria, se extraen los siguientes datos:

Se atendieron un total de 58.869 procedimientos, entendidos éstos en un concepto amplio como conjunto de actuaciones dirigidas a un fin, comprensivo de los procedimientos administrativos en sentido estricto. Las reclamaciones se cifraron en 31.754, lo que supone un incremento en relación con el número total de ellas en 2014 del 9,93 %.

En el bloque “Asistencial” el código que reúne mayor número de reclamaciones es el correspondiente a “Insatisfacción con la prestación de asistencia” con un total de 4.211, o sea, un 13,81 % del total de las reclamaciones, el segundo puesto, por número de reclamaciones, corresponde a “Demora en la asistencia”, con un total de 2.219 reclamaciones que suponen el 6,98 % del total. Nada tiene que ver este código con las listas de espera, sino con la puntualidad percibida por los pacientes en relación con sus citas. Los Servicios más reclamados fueron Traumatología (9,50 %), Urgencias (7,82 %), Radiología (6,20 %), Medicina General y Familiar (5,68 %), Rehabilitación (5,36 %), Oftalmología (5,32 %), Neurocirugía (3,02 %) y Digestivo (2,90 %).

Centrándonos en las áreas de urgencias, los expedientes recogidos en 2015:

Tabla 125. Expedientes de la ODDUS.

	Año 2013	Año 2014	Año 2015
Urgencias	2.023	2.257	2.892
CEAU	43	56	162
Helicóptero	2	0	2
Transporte sanitario*	340	547	697
Total	2.408	2.860	3.753

*no exclusivas de urgencias

Según el tipo de expediente del área de urgencias:

Tabla 126. Expedientes de urgencias.

Tipo de expediente					
Motivos	Año 2013	Año 2014	Año	Total	%
Reclamaciones	1.701	1.966	2.598	6.265	87,3%
Solicitudes	222	199	210	631	8,80%
Actuaciones	15	14	4	33	0,46%
Iniciativas	1	4	2	7	0,10%
Sugerencias	15	14	13	42	0,59%
Discrepancias	40	26	33	99	1,38%
Reiteraciones	6	8	8	22	0,31%
Felicitaciones	23	26	14	73	1,02%
Total	2.023	2.257	2.892	7.172	100%

Las reclamaciones recogidas por motivos asistenciales se centran en la demora en la prestación de asistencia y la insatisfacción por la misma:

Tabla 127. Motivos de las reclamaciones.

Asistencial					
Motivos	Año 2013	Año 2014	Año 2015	Total	%
Demora en la asistencia	396	502	788	1.686	36,42
Error asistencial	8	6	3	17	0,35
Error asistencial de diagnóstico	48	15	36	109	2,24
Error asistencial de tratamiento	10	7	8	25	0,51
Error asistencial. Otros	2	4	5	11	0,23
Imputación mala praxis	13	21	16	50	1,03
Infección nosocomial	3	0	0	3	0,06
Insatisfacción prestación de la asistencia	691	801	1.000	2.492	51,17
Negativa a la elaboración altas y bajas	8	4	6	18	0,37
Negativa a la prestación de la asistencia	80	83	80	243	4,99
Recetas Médicas	16	19	36	71	1,46
Otros	28	43	74	145	2,98
Total	1.303	1.515	2.052	4.870	100%

Las reclamaciones en el año 2015 por Áreas de salud de se centran en las islas capitalinas y dentro de ellas en los grandes centros hospitalarios.

Tabla 128. Reclamaciones por Áreas de Salud.

Área de Salud	Año 2015
Tenerife	679
Gran Canaria	1.195
Lanzarote	238
Fuerteventura	455
La Palma	22
La Gomera	8
El Hierro	5
Total	2.598

Por si solas las reclamaciones no representan las opiniones de los usuarios sobre el funcionamiento del sistema sanitario y la atención en las urgencias, pero nos permiten palpar el estado de las mismas y conocer en qué áreas se deben mejorar. El porcentaje de reclamación en relación con los procesos atendidos urgentes es muy bajo, pero las reclamaciones suelen estar ligadas la resolución del problema que originó la atención urgente.

2.7. PROBLEMÁTICA DE LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS. ESTUDIO COMPARATIVO.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabla 129. Frecuentación por 1.000 habitantes. Público- Privado.

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

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

Si tenemos en cuenta, solamente los datos de los hospitales públicos, la tasa de frecuentación varía.

Tabla 130. Frecuentación por 1.000 habitantes. Hospitales Públicos.

	Año 2010	Año 2011	Año 2012	Año 2013
ANDALUCÍA	513,78	519,83	490,07	491,03
ARAGÓN	437,48	447,01	435,81	431,43
ASTURIAS	434,41	432,11	421,45	409,66
ILLES BALEARS	418,65	410,68	390,96	391,00
CANARIAS	300,68	296,18	285,55	278,25
CANTABRIA	556,53	565,62	541,59	527,58
CASTILLA Y LEÓN	381,09	398,87	361,29	383,07
CASTILLA-LA MANCHA	433,54	437,89	408,48	403,51
CATALUÑA	523,16	498,93	492,61	485,55
C. VALENCIANA	435,03	438,52	415,23	421,37
EXTREMADURA	450,19	449,24	424,94	423,15
GALICIA	407,28	398,90	383,28	378,57
MADRID	426,75	442,98	437,93	453,06
REGIÓN DE MURCIA	511,87	512,47	503,97	519,76
C. FORAL DE NAVARRA	410,68	396,15	373,65	395,55
PAÍS VASCO	425,77	428,44	430,74	416,49
LA RIOJA	352,05	370,99	361,09	358,88
CEUTA Y MELILLA	749,86	772,37	758,17	691,95

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

Nuestra tasa de frecuentación en hospitales públicos es de las menores del país, sin embargo, la sensación de saturación de los servicios es importante y con gran repercusión social. Incluso comunidades autónomas con planes de urgencias desarrollados y en funcionamiento como las de Madrid, Cataluña y Andalucía, tienen mayores tasas de frecuentación.

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

En relación a los datos de actividad, se constata que no tienen la homogeneidad deseable ni disponen de parámetros de calidad que permitan evaluar la actividad desarrollada, siendo conscientes de las dificultades para la recogida de estos datos, dada la variabilidad de organización de registros.

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

organizativos.

La sobreocupación de los SUH en nuestra Comunidad es atribuible a varios factores:

- Al elevado número de pacientes que acuden a los SUH y la mayor complejidad de los pacientes, relacionado con el envejecimiento de la población.
- A factores organizativos o estructurales del propio servicio de urgencias.
- A factores atribuibles al funcionamiento del hospital (pacientes que esperan resultados de pruebas diagnósticas, pacientes en observación, pacientes que esperan ingresar, con o sin cama asignada). Los pacientes que esperan ingresar permanecen en urgencias por motivos que, traducen disfunciones hospitalarias (déficit estructural de camas, déficits funcionales en la hospitalización y drenaje de pacientes). Podrían corregirse con una política de cambio de hábitos que evitara las graves consecuencias que sobre el servicio de urgencias tienen las actitudes apuntadas.

Este cambio de actitud es más necesario que la reivindicación de más camas o más espacio para urgencias. El logro de estos dos últimos, sin la corrección del primero, sólo llevaría a que en los servicios de urgencias permaneciera la misma cantidad de pacientes esperando a ingresar. En efecto, existiría una disminución en el número de pacientes sin cama, pero con un aumento de idéntica magnitud de los pacientes que esperan a ingresar. El resultado neto sería la misma proporción de pacientes dependiendo del hospital que permanecerían en urgencias.

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

2.8. CONCLUSIONES.

Es importante destacar la amplia accesibilidad a los servicios de urgencias extra-hospitalarios, tanto horaria como geográfica, en todas las islas, pero se observa una variedad de la organización a la atención urgente en las distintas Áreas de Salud de la Comunidad Autónoma, que probablemente responde a los condicionantes históricos y locales de cada una de ellas.

En relación a los datos de actividad, se constata que la inexistencia de codificación en el

ámbito de la urgencia y la carencia de circuitos integrados y validados no permiten realizar análisis de calidad de los procesos asistenciales, aun siendo conscientes de las dificultades y variabilidad en la captura de los registros.

- La atención urgente en atención primaria carece de medios de apoyo al diagnóstico.
- La evolución de la atención urgente en los hospitales ha sufrido fluctuaciones a lo largo de los cinco últimos años, en 2011 se atendieron 692.987 urgencias, con una tendencia decreciente hasta el año 2013 donde comienza de nuevo la línea ascendente. Estos datos coinciden con los años de mayor influencia de la crisis económica y con la pérdida de la universalidad de la asistencia.
- Entre el 50 y el 70% de los pacientes atendidos en el hospital, acceden a petición propia.
- El 27% de los atendidos son mayores de 65 años.
- El tiempo medio de permanencia en urgencias hospitalarias es de 7 horas hasta que se produce el alta administrativa, que no médica. Hay hospitales en los que se llega hasta 12 horas.
- Aproximadamente el 90% de las urgencias atendidas en el hospital no finalizan con ingreso hospitalario.
- La inexistencia de codificación en el ámbito de la urgencia no permite realizar un análisis de calidad de los datos.

1. Atención Primaria.

En lo que concierne a la adecuación de servicios de urgencias de Atención Primaria a ratios poblacionales, demanda e isocronas: en el momento actual, el Área de Salud de Tenerife es la más deficitaria en servicios de urgencias de Atención Primaria, considerando el número de los mismos por cada 100.000 habitantes - 2,69/10.000 hab. – siendo superior a 3 la ratio en el resto de las Áreas de Salud. Según el último informe de junio de 2014 del Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP) realizado por la Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, la ratio de puntos de urgencias específicos extra-hospitalarios del Sistema Nacional de Salud es de 4,1 centros/10.000 hab. (1 punto de atención urgente presencial por cada 24.338 personas).

Es necesario aumentar la resolutivez de la Atención Primaria, dotando a los servicios

de urgencias con alta frecuentación y/o alejados de su centro de referencia de medios diagnósticos para que puedan asumir con garantías patología urgente no vital. Del mismo modo hay que abordar, de forma programada, una mejora de los espacios físicos destinados a la atención urgente en todo el ámbito de la comunidad autónoma.

2. Servicios de Urgencia Hospitalarios.

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

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

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

Los servicios de urgencias de los centros hospitalarios experimentan grandes diferencias en relación a la superficie útil dedicada a esta actividad. Llama la atención la

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

El drenaje de los servicios de urgencias de pacientes con indicación de ingreso hospitalario es uno de los condicionantes de las situaciones de sobreocupación. Si bien del análisis de los indicadores funcionales relacionados con los ingresos urgentes en los hospitales en los últimos años se objetiva un incremento en la complejidad de los pacientes atendidos que llevan implícito un mayor número de ingresos. El drenaje de los pacientes pendientes de ingreso a centros concertados o de bajo requerimiento, presentan unas demoras excesivas en los grandes hospitales, fundamentalmente en el Área de Salud de Tenerife (demora media aproximada de dos días y medio).

Las altas a domicilio también generan un importante punto de mejora dentro de los servicios de urgencias hospitalarios que es necesario mejorar para paliar la situación de sobreocupación.

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

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

3. Actividad urgente en centros concertados.

El SCS tiene concertación con centros hospitalarios de titularidad privada, entre otras

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

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

3.- ESTRATEGIAS BÁSICAS Y OBJETIVOS.

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

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

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

Una vez definidas las bases del desarrollo del plan de urgencias sanitarias, se han establecido las estrategias básicas sobre las que se asientan todas las medidas y acciones que influyen en la atención de urgencias y que impactan sobre los ciudadanos, en la organización y en los profesionales. Se han establecido cuatro estrategias básicas con sus correspondientes líneas y objetivos. Todas estas líneas se materializan a través del despliegue en seis grandes áreas de actuación con 63 acciones. Los indicadores reflejados en el cuadro de mandos permitirán la medición y monitorización de la consecución de los objetivos de la estrategia.

ESTRATEGIAS BÁSICAS

3.1 Las Personas en el centro del sistema.

- Concienciación de los derechos y deberes de los ciudadanos en materia de salud.
- Garantizando la accesibilidad y la continuidad de la cadena asistencial mediante la optimización de los recursos disponibles, acercando la asistencia al usuario.
- Garantizando los derechos ciudadanos: la seguridad, la confidencialidad, la satisfacción, la participación y los derechos en general de los ciudadanos.
- Garantizando la correcta atención a colectivos vulnerables.
- Garantizando la racionalización, eficacia, eficiencia y humanización de los servicios sanitarios públicos y privados, basadas en una gestión más autónoma y responsable.
- Desarrollando un marco laboral en el que prime la seguridad clínica del paciente, estableciendo comisiones de profesionales de urgencias que velen por ello.
- Garantizando el cumplimiento de lo recogido en las Manifestaciones Anticipadas de

Voluntad (MAV) realizadas por los usuarios.

Objetivos:

- 3.1.1 Aumentar la satisfacción del ciudadano con su sistema sanitario, particularmente en cuanto a la atención a las demandas de urgencia y emergencia.
- 3.1.2. Mejorar la accesibilidad del usuario a la atención urgente.
- 3.1.3. Colaborar con la formación y educación para la salud de la población.

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

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

Objetivos:

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

3.3. Reordenación del marco organizativo y funcional del sistema de urgencias.

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

en todas sus modalidades (terrestres, aéreas), con equipos cualificados, suficientes en número, con personal y dotación técnica adecuada.

Objetivos:

- 3.3.1. Mejorar la atención urgente en los diferentes ámbitos asistenciales, adecuando los tiempos de respuesta.
- 3.3.2. Disminuir la morbi- mortalidad en la asistencia urgente.
- 3.3.3. Aumentar la capacidad de resolución de la atención urgente en atención primaria.
- 3.3.4. Disminuir la presión asistencial hospitalaria, facilitando la atención en el nivel de cuidados requerido.
- 3.3.5. Mejorar el drenaje de los servicios de urgencias adecuando la red de transporte sanitario.
- 3.3.6. Colaborar en la eficiencia y sostenibilidad de la sanidad pública.

3.4. Fortalecimiento de los sistemas de información de urgencias.

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

Objetivos:

- 3.4.1. Potenciar el acceso universal a la historia de salud en la Comunidad con el fin de asegurar una actuación integral.

Despliegue del Plan.	Estrategias Básicas		
	Las Personas en el centro del sistema.	Líneas estratégicas	Objetivos estratégicos
	Los Profesionales como principales actores del sistema de urgencias.		
	Reordenación del marco organizativo y funcional del sistema de urgencias.		
	Fortalecimiento de los sistemas de información de urgencias.		
PLUSCAN			Acciones
			Cuadro de Mandos

4.- PROPUESTAS DE MEJORA DEL PLAN DE URGENCIAS SANITARIAS DE CANARIAS. PLANES DE ACCIÓN.

4.1 PLANES DE ACCIÓN

Las propuestas de mejora y las acciones a desarrollar dentro del Plan de Urgencias Sanitarias de Canarias parten de las siguientes consideraciones:

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

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

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

4.1.1 Modelo de organización. red de asistencia urgente

La atención sanitaria urgente está basada en tres pilares fundamentales que deben complementarse: los centros de atención primaria, los servicios de urgencia extrahospitalarios y servicios de urgencia hospitalarios, todos ellos con áreas de competencia parcialmente superponibles. Se propone avanzar hacia un sistema integrado de prestación de servicios urgentes en nuestra comunidad que aúne los recursos humanos y que contemple programas de inmersión de profesionales de los distintos ámbitos asistenciales, con el fin de garantizar la continuidad asistencial, mejorando las herramientas de comunicación, evitando duplicidades (derivaciones, pruebas, terapéuticas) y homogeneizando circuitos de atención. Por ello, es imprescindible la existencia de una sola Historia Clínica Electrónica de Salud, al menos para todos los centros del mismo nivel asistencial, con una completa interoperabilidad entre niveles.

Planteamos un modelo transversal que aboga por una atención de urgencias específica, que aglutine los dispositivos del SUC, así como las Urgencias de Atención Primaria y de Atención Especializada, en el marco de la Red de Asistencia Urgente prevista en la Ley 11/94 de Ordenación Sanitaria de Canarias (LOSC), con el fin de garantizar la continuidad asistencial con herramientas organizativas y de gestión que den respuesta a las necesidades de asistencia urgente de la ciudadanía.

El modelo de organización de la atención a las urgencias, debe ser realizado por personal específico, tal y como se desarrolla en los actuales centros de Atención Primaria, que disponen de Servicios Normales de Urgencia y donde de hecho, la actividad en muchos casos la realizan en horarios de mañana personal contratado para incidencias que cubre esa función de forma independiente de las Unidades de Atención Familiar (UAF). Se contempla la reestructuración de los actuales Servicios Normales de Urgencias en Puntos de Atención de Urgente (PAU), con ampliación escalonada de la oferta de asistencia sanitaria a 24 horas todos los días del año. Los actuales PAC se constituyen en los dispositivos de atención a las urgencias en áreas de baja frecuentación y donde no se disponga de puntos de atención urgente. El SEU debe ser reconvertido en recursos móviles con atención las 24 horas dependientes funcionalmente del SUC. Por otro lado, la entrada en funcionamiento de los CEAU, reordenará la oferta asistencial, de tal manera que en algunos casos englobarán a los servicios normales de urgencias actualmente en funcionamiento.

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

A. Urgencias extra-hospitalarias

1. *Puntos de Atención Urgente (PAU).*

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

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

2. *Servicio de Urgencias Canario (SUC).* Dependencia orgánica: de GSC y dependencia funcional del Jefe de Servicio de Atención Urgente.

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

- a. Ambulancias de soporte vital básico (ASVB).
- b. Ambulancias sanitizadas (ASAN).
- c. Ambulancias de soporte vital avanzado (ASVA).
- d. Recursos aéreos: Helicóptero de emergencias sanitarias (HL) y Avión de soporte vital avanzado (AS).
- e. Vehículo de intervención rápida (VIR).

B. Urgencias Hospitalarias:

1. *Centros Especializados de Atención a las Urgencias (CEAU)*. Dependientes de las Gerencias de los Hospitales. Son dispositivos de mayor complejidad que disponen de infraestructuras más sofisticadas, y al mismo tiempo innovadoras, en el ámbito de las urgencias. Dispondrá de espacios que permitan atender y observar el curso evolutivo de los pacientes de riesgo y con inestabilidad clínica. Se configuran como centros de proximidad, ubicados en áreas con gran crecimiento poblacional, con la finalidad de incrementar la accesibilidad de los ciudadanos a los Servicios de Urgencias y mejorar la disponibilidad de medios diagnósticos y terapéuticos. Tienen la misión de prestar atención a la población asignada en el ámbito de la asistencia hospitalaria y urgente establecida en su cartera de servicios, con criterios de máxima agilidad en la respuesta asistencial, calidad en la prestación, eficacia y efectividad. Con este tipo de centros se pretenden cubrir los siguientes objetivos:

- Situar las necesidades del paciente como el eje sobre el que articular las prestaciones asistenciales.
- Responder un concepto organizativo orientado al ciudadano, a la resolución de sus problemas de salud con la mayor brevedad posible.
- Mejora de la accesibilidad a las urgencias y a los dispositivos tanto diagnósticos como terapéuticos.

Atenderán las urgencias generales 24 horas hasta su estabilización. Las urgencias médicas y quirúrgicas que requieran hospitalización se enviarán al hospital de referencia según los protocolos definidos.

2. *Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH)*. Servicios clínicos dependientes de las Direcciones Gerencias Hospitalarias o Gerencias de Servicios Sanitarios.

ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

El objetivo de este modelo persigue integrar servicios asistenciales urgentes, adecuar la demanda asistencial y asegurar la accesibilidad y continuidad en la atención urgente. Eso evitaría la sensación que existe en la Atención Primaria, donde la atención urgente, está continuamente buscando su encaje, con sensación de estar a medio camino entre diferentes ámbitos asistenciales. A pesar de los esfuerzos realizados hasta la fecha, la atención urgente carece de una organización y planificación global y continuada.

La continuidad asistencial plantea algo más que una simple coordinación. Debe ser una visión horizontal, continua y compartida del trabajo asistencial (desde el momento y lugar en el que se produce el problema urgente de salud hasta su resolución), en el que intervienen multitud de profesionales, en diferentes centros de trabajo, con una continuidad temporal sin saltos ni fisuras entre niveles asistenciales, con el objetivo final de mejorar la salud del ciudadano: debe, por tanto, garantizarse en el marco de una Red de Asistencia Urgente.

Este modelo integrado parte de que las urgencias son de las personas y no de las estructuras o niveles. La integración entre ámbitos asistenciales es indispensable para lograr una mayor eficiencia y sostenibilidad del sistema sanitario, así como garantizar la calidad de la asistencia y hacer más productivo el proceso asistencial.

Por ello el modelo contempla una estructura funcional, con un Coordinador como responsable, para impulsar la implantación, coordinación, seguimiento y evaluación del PLUSCAN. Siendo necesario dotar a esta figura de un nombramiento funcional con dependencia del Director del Servicio Canario de la Salud, que le dote de autoridad formal suficiente para desarrollar estas funciones, ya que tendrá actuaciones transversales tanto a nivel de propio SCS (direcciones generales), como a nivel de equipos directivos de cada ámbito asistencial, Gestión Sanitaria de Canarias GSC y otras instituciones del ámbito sociosanitario. No obstante, la gestión de las urgencias, se realizará por los órganos con competencias sobre ella, tal como recoge la normativa vigente en nuestra Comunidad.

La ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, crea el Servicio Canario de la Salud para el desarrollo de las competencias de la Comunidad Autónoma de Canarias en materia de promoción y protección de la salud, de prevención de la enfermedad, así como de la gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios integrados o adscritos funcionalmente al propio Servicio.

Se respetará la dependencia orgánica de los profesionales de cada una de las gerencias. En el proceso de consolidación del modelo y a medida que se vayan produciendo jubilaciones entre el personal, las nuevas contrataciones de los Servicios de Urgencias Extra-hospitalario se realizarán con jornadas a tiempo completo e integrados, desapareciendo el modelo de guardias actual, con flexibilidad en la circulación de profesionales entre Atención Primaria y Hospitalaria.

El **Decreto 32/1995**, de 24 de febrero, por el que se aprueba el **Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud** y que en sus artículos 11, 12 y 13 recoge las competencias de la Dirección General de Programas Asistenciales, de la Dirección General de Recursos Económicos y de la Dirección General de Recursos Humanos respectivamente.

Además, el **Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, por el que se aprueba el reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de los hospitales** y en especial, será de aplicación el **artículo 7** que define las **funciones de la gerencia**:

1. Al frente de la Gerencia del hospital existirá un Director Gerente, designado conforme a lo previsto en el artículo 8 de este Reglamento.
2. Corresponde al Director Gerente el ejercicio de las siguientes funciones:
 - a) La representación del hospital y la superior autoridad y responsabilidad dentro del mismo.
 - b) La ordenación de los recursos humanos, físicos, financieros del hospital mediante la programación, dirección, control y evaluación de su funcionamiento en el conjunto de sus divisiones, y con respecto a los servicios que presta.
 - c) **La adopción de medidas para hacer efectiva la continuidad del funcionamiento del hospital, especialmente en los casos de crisis, emergencias urgencias u otras circunstancias similares.**
 - d) Elaborar informes periódicos sobre la actividad del hospital y presentar anualmente la memoria de gestión.
3. Los Directores de las Divisiones Médica, de Enfermería y de Gestión y de Servicios Generales dependerán orgánica y funcionalmente del Director Gerente.

Funciones del Coordinador del PLUSCAN :

- Impulsar y coordinar la implantación del plan de urgencias sanitarias.
- Seguimiento de la implantación del PLUSCAN
- Colaborar con la DGPPAA en la planificación de la atención a la urgencia sanitaria en la Comunidad.
- Coordinación con la DGPPAA, DGRREE, DGRRHH y los Equipos Directivos de las Gerencias para el correcto funcionamiento de los equipos de urgencias extra-hospitalarios y hospitalarios.
- Elaborar y proponer a la DGPPAA objetivos en el área de urgencias para incluir en el Programa de Gestión Convenida.
- Elaborar, priorizar y proponer a la Dirección del SCS las nuevas acciones a implementar anualmente dentro del PLUSCAN.

- Impulsar conjuntamente con la DGPPAA la elaboración de protocolos y guías uniformes de actuación.
- Colaborar con el Servicio de Infraestructuras de la DGRREE la priorización de las obras de mejora de las áreas de urgencias y de las nuevas inversiones.
- Colaborar con la DGPPAA y el Servicio de Infraestructuras en la definición de los planes funcionales para las obras de las áreas de urgencias extrahospitalarias y hospitalarias.
- Colaborar con GSC para implantar las mejoras recogidas en el PLUSCAN.
- Facilitar el desarrollo de los planes de urgencia tanto internos como externos en todos los centros de urgencias de la Comunidad Autónoma.
- Análisis de los indicadores, analizando la adecuación de las derivaciones, altas precoces, casos de pacientes resueltos in situ e indicadores de resultado y calidad, proponiendo conjuntamente con la DGPPAA la adopción de las acciones preventivas y/o correctoras.
- Implantar conjuntamente con la DGPPAA, la recogida de datos (CMBD-Urgencias), que permita validar la cantidad y calidad de la asistencia.
- Presentación de la memoria anual de actividad.
- Colaborar con la Dirección General de Emergencias en el desarrollo de Planes de Emergencias y Catástrofes en las distintas Áreas de Salud de la Comunidad Autónoma.
- Aquellas otras que le sean encomendadas por la Dirección del SCS.

4.1.2 Mejora de procedimientos organizativos.

Las mejoras de los procedimientos organizativos se abordan en todos los ámbitos de la asistencia a las urgencias y se modulan en tres etapas de actuación definidas de la siguiente forma:

- A corto plazo: desde la aprobación del Plan, en el primer año.
- A medio plazo. De uno a tres años.
- A largo plazo: superior a tres años.

A. Atención Primaria.

La creación de nuevos puntos de atención urgente o la reorganización de los ya existentes, se deberá realizar teniendo en cuenta los cambios que se produzcan en el mapa sanitario.

A corto plazo:

Homogeneizar el funcionamiento, recursos y organización de los PAU y de los PAC de Atención Primaria.

Análisis de las infraestructuras actuales y establecimiento de un plan de adecuación y mantenimiento de las mismas.

Potenciar la figura de un responsable de la coordinación de la atención urgente en las gerencias de Atención Primaria.

Elaborar Planes Funcionales donde se recoja la cartera de servicios en cada PAU/PAC, que permita optimizar la actividad.

Elaborar Planes de Contingencia para periodos de alta frecuentación en base a los criterios establecidos en el Anexo 2.

Implementar sistemas estructurados de triaje en los PAU en función de la demanda asistencial, realizado por enfermeras.

Elaboración de protocolos de actuación, procedimientos y planes formativos conjuntos de manejo de patologías específicas y frecuentes en los servicios de urgencias, consensuados entre las diferentes gerencias.

Reordenación del sistema de cita previa en Atención Primaria, favoreciendo la puesta en marcha de consultas no demorables en los centros de salud que faciliten el acceso de la

población.

Establecer un procedimiento de coordinación específico para estos pacientes entre el Servicio de Urgencias y la Enfermería de Enlace.

Potenciar la atención domiciliaria por parte de la Atención Primaria, en el marco de la Estrategia de Crónicos del Servicio Canario de la Salud.

Potenciar la figura del auxiliar administrativo en centros de alta demanda de urgencias que suponga un apoyo administrativo.

A medio plazo:

Elaborar procedimientos de coordinación de recursos y estructuras (Servicio de Urgencias Canario, Atención primaria y Hospitalaria) que aseguren la continuidad asistencial en la atención urgente mediante protocolos, procedimientos de derivación hospitalaria y guías.

Disponer de laboratorio de parámetros críticos y cobertura de servicio de diagnóstico por la imagen, según plan de acciones por Áreas de Salud.

B. Servicio de Urgencias Canario.

A corto plazo:

Optimizar el funcionamiento de los Centros Coordinadores de Urgencias y Emergencias, núcleo del sistema integral de atención a las urgencias, asegurando la coordinación real y efectiva entre el SUC, servicios de urgencias extra-hospitalarios y los centros hospitalarios mediante la puesta en marcha de protocolos conjuntos elaborados por los profesionales de ambos centros.

Normalizar la recogida de datos, en lo referente al transporte sanitario urgente en los dos Centros Coordinadores. Del análisis de situación se deduce que existen diferencias de criterios en la captura de la información que no favorecen la toma de decisiones.

Revisar la red de transporte urgente, analizando y reubicando las bases de las ambulancias básicas, de las de soporte intermedio, de los equipos avanzados, así como de los equipos de emergencias aéreas y optimizar su uso, en consonancia con lo recogido en la Carta de Servicios del Servicio de Urgencias Canario (BOC nº. 213 de 2 de noviembre de 2006).

Habilitar las dos bases de helicópteros con funcionamiento 24 horas, una por cada provincia, con el fin de optimizar los traslados urgentes y permitir el uso de los mismos en servicios urgentes.

Revisar la red de transporte sanitario no urgente, con el fin de tomar medidas que permitan

el drenaje de las altas desde urgencias y de las plantas de hospitalización, estableciendo tiempos de respuesta inferiores a tres horas para las altas y traslados desde urgencias a domicilio y a otros centros. Se habilitará una ambulancia específica para drenaje de los hospitales (una en cada uno de los hospitales de tercer nivel) en horario de 12:00 a 21:00.

Normalización y evaluación en el funcionamiento del Código Ictus, ya implantado en nuestra comunidad.

Colaborar en los Planes de Contingencia para periodos de alta frecuentación en base a los criterios establecidos en el Anexo 2.

A medio plazo:

Elaborar un plan de actualización y mejora de las helisuperficies y helipuertos en las islas en colaboración con la Dirección General de Emergencias del Gobierno de Canarias.

Reactivar el Plan de Emergencias Sanitarias en Catástrofes en Canarias (PLESCAN), en colaboración con Atención Primaria, Hospitales, enmarcado en el Plan Territorial de Emergencias de Canarias (PLATECA).

Integración del SUC en el nuevo modelo de atención a las urgencias, continuando con dependencia orgánica de GSC y funcional del Jefe de Servicio de Atención Urgente.

C. Atención Hospitalaria.

A corto plazo:

Sobre la demanda:

Se dispondrá de la cartera de servicios de cada centro a disposición de los centros de Atención Primaria, Servicio de Urgencias Canario y Atención Hospitalaria con el fin de favorecer la derivación adecuada de pacientes.

Elaboración de protocolos de actuación, procedimientos y planes formativos conjuntos de manejo de patologías específicas y frecuentes en los servicios de urgencias, consensuados entre las diferentes gerencias.

Normalización y evaluación del funcionamiento del Código Ictus, ya implantado en nuestra Comunidad.

Implantar Código Sepsis, Código Infarto, Código Trauma, de forma coordinada entre todos los recursos asistenciales.

Completar la implantación del triaje avanzado e informatizado en los Servicios de Urgencias, desarrollado por enfermeras.

Organización interna de los SUH.

Elaboración de Planes Funcionales que permitan avanzar en el desarrollo organizativo de los servicios de urgencias, estableciendo áreas funcionales diferenciadas, dentro del mismo servicio de urgencias hospitalario (Anexo 4).

Elaborar Planes de Contingencia para periodos de alta frecuentación en base a los criterios establecidos en el Anexo 2.

Mejora en los tiempos de atención a las urgencias no vitales y atención inmediata a las urgencias vitales o emergencias en base a la implantación y desarrollo del sistema informatizado de clasificación- triaje de los pacientes, en aquellos centros que no lo tengan incorporado.

Establecimiento de estándares de tiempos máximos para asistencia y alta en patologías banales (prioridades 4 y 5; máximo 4 horas), tiempo máximo hasta ingreso en Hospital (12 horas), estancia en áreas de Observación (24 horas), con el compromiso de la Dirección del Centro Hospitalario.

Adecuar las Áreas de Observación de los Servicios de Urgencias de los hospitales a la demanda, evitando que se conviertan en áreas de hospitalización encubiertas garantizando que los pacientes permanezcan menos de 24 horas en las mismas. Dispondrán de espacio suficiente y capacidad para atender al 10% de las demandas diarias, contando con protocolos de derivación ingreso y alta claramente definidos en el manual de funcionamiento y recogidos dentro del Plan Funcional.

Elaborar procedimientos específicos de relación y coordinación con los servicios de apoyo al diagnóstico y los especialistas consultores, estableciendo acuerdos en las indicaciones de exploraciones urgentes, así como en los tiempos de respuesta. El periodo de respuesta a las interconsultas de las especialidades y a las solicitudes de pruebas complementarias no debe exceder de dos horas, a excepción lógica de la patología cuyos niveles de gravedad no puedan admitir dicha demora.

Creación y desarrollo de las unidades de transición en los hospitales de tercer nivel, que permitan el drenaje rápido de los SUH, como paso previo al ingreso hospitalario.

Creación de consultas rápidas de y circuito diferenciado para los procesos banales, posibilitando la derivación automática a Puntos de Urgencias de Atención Primaria o consulta de Médicos de Familia de Centros de Salud cercanos.

Mejora de la información a Pacientes y Familiares, implantando el consentimiento informado para los procedimientos de urgencias, exceptuando las intervenciones clínicas indispensables a favor de la salud del paciente cuando existan riesgos para su integridad física o psíquica.

Completar la informatización de los servicios de urgencias hospitalarios.

Sobre las Salidas:

Establecer criterios de ingreso consensuados con las diferentes especialidades, y la demora máxima permisible, nunca superior a las 24 horas.

Elaborar un Plan de disponibilidad de camas hospitalarias con propuestas de alternativas a la hospitalización y circuitos rápidos de accesos a servicios.

Potenciar medidas alternativas a la hospitalización convencional: hospitales de día, hospitalización a domicilio, favoreciendo la posibilidad de ingresos directos desde los servicios de urgencias en estas unidades, en patologías crónicas previo acuerdo de actuación consensuados.

Compromiso con las Direcciones de Área de Salud de un número mínimo a determinar de camas hospitalarias de bajo requerimiento que favorezcan el drenaje de pacientes. Se desarrollará un mecanismo de gestión que permita disponer de camas los fines de semana y festivos.

Creación en los hospitales de consultas de alta resolución, de referencia para urgencias, que permitan el drenaje de patología subsidiaria de ser tratada de forma ambulatoria con criterios de derivación protocolizados y consensuados, fundamentalmente en patologías tiempo-dependientes, donde el retraso diagnóstico y/o terapéutico influye negativamente en la evolución del proceso, estableciendo compromiso de cita para Atención Hospitalaria en un máximo de 48 horas tras ser derivado desde Urgencias.

A medio plazo:

Normalización de la estructura organizativa jerarquizada de la atención urgente. Actualmente existe variabilidad en la definición de los SUH de nuestra comunidad, la mayoría de los SUH, reciben la denominación de Servicios hospitalarios si bien, en algunos casos, el responsable

del mismo tiene la categoría de Jefe de Servicio (similar a cualquier otro del centro hospitalario) y en otros de Coordinador. De la misma forma a igualdad de nivel asistencial, algunos centros disponen de Jefaturas de Sección definidas y en otros no. Cada vez más los SUH tienen menos dependencia de otros servicios, que actúan más como consultores y trabajan bajo criterios de triaje o distribución preferentemente por niveles de gravedad y no por especialidad. Por ello los Servicios de Urgencias de hospitales deben ser autónomos, con una coordinación eficiente con el resto de Servicios de dicho Hospital y dependiendo de forma directa de la Dirección Médica del mismo. Se estabilizará a los responsables de los SUH (jefaturas de servicio y de sección), mediante proceso selectivo en base al Decreto 123/1999, de 17 de junio, sobre selección de personal estatutario y provisión de plazas básicas y puestos de trabajo en los órganos de prestación de servicios sanitarios del Servicio Canario de la Salud. En el Anexo 3 se recogen las características por el que se regulan las condiciones de organización y elección de los mismos. Dispondrán de un Supervisor de Enfermería, responsable del resto del personal del servicio.

Disponer de mapas de procesos, de procedimientos normalizados, de protocolos, guías o vías clínicas.

Colectivos Vulnerables: Desarrollar programas de identificación temprana de pacientes frágiles, con deterioro cognitivo y/o discapacidad física y elaborar circuitos prioritarios y diferenciados que permitan el acompañamiento durante el proceso asistencial, conjuntamente con el desarrollo de la estrategia de crónicos del SCS, estableciendo mecanismos de comunicación y coordinación con las residencias socio-sanitarias del entorno. Se elaborará el mismo proceso para pacientes con enfermedad mental, favoreciendo su atención por personas debidamente formadas en el manejo de estas patologías. En los centros en que lo permita su estructura física se diferenciara la atención a la población infantil de la adulta con circuitos específicos.

Aunque el ámbito sociosanitario excede del objeto de este plan se buscará establecer alianzas con los organismos competentes en esta materia para el drenaje de personal con problemática social (Anexo 6).

A largo plazo:

Potenciar los Centros Especializados de Atención Urgente, con el fin de homogeneizar la respuesta el sistema en las islas capitalinas y dar respuesta a una parte importante de las

demandas urgentes, al estar dotados de medios tecnológicos para la resolución de las mismas (laboratorio de parámetros críticos y cobertura de servicio de diagnóstico). Estos permitirán además una adecuada redistribución de la demanda asistencial en los centros hospitalarios.

4.1.3 Plan de recursos humanos.

Los recursos humanos son el principal activo de los servicios de urgencias, por ello las políticas de recursos humanos deben ir dirigidas a la consecución de los objetivos generales de las organizaciones, en estrecha conexión con los planteamientos estratégicos y modelos de gestión y organizativos a corto y medio plazo. La incorporación de estas medidas al Plan responde a la propia naturaleza de este como documento marco de planificación, así como a la voluntad de la Consejería de Sanidad de hacer partícipes a las organizaciones sindicales de las acciones y de configurar el Plan como un instrumento de comunicación para todo el personal de la organización.

A corto plazo:

Adecuación de plantillas de los SUH, tomando como base las propuestas realizadas por la Joint Commission on Accreditation of Hospital Organization, American Academy of Emergency Medicine, Australian College of Emergency Medicine y lo recogido en el documento "Unidad de urgencias hospitalarias, estándares y recomendaciones" editado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). Se tendrá en cuenta que el tiempo/médico destinado a atender a un paciente crítico o en el área de observación no es el mismo que en la zona de triaje o de consultas rápidas. Los refuerzos de personal sanitario en los servicios de urgencias, sobre todo de enfermería, aunque deben recogerse en los planes funcionales de los servicios, deben desarrollarse en este periodo, pactando porcentajes de sobredemanda en relación a la media del servicio, por encima de los cuales sería necesario reforzar los recursos humanos de la unidad. Esta actuación debe establecer un modelo que permita flexibilizar el balance entre las fluctuaciones de la demanda y las plantillas estáticas tanto por defecto como por exceso de efectivos. El tiempo de respuesta para atender a estas variaciones de la demanda debe ser de 24 horas en los días laborables y 48 en festivos.

En los PAU, ante la ausencia de estándares a nivel nacional, se homogeneizarán las

plantillas en función de la demanda asistencial.

Formación específica en urgencias de las nuevas contrataciones, considerando como ideal un periodo de formación remunerada de máximo 2 meses previos al inicio de la actividad en los distintos ámbitos de la atención urgente. Si bien, siendo conocedores de las dificultades que esto plantea desde el punto de vista organizativo y de calidad, no se debe perder de vista que el paciente merece unos profesionales adecuadamente formados para la actividad que realizan.

Establecer un pacto con las Organizaciones Sindicales que defina la jornada laboral adecuada, así como la optimización de las condiciones laborales de los profesionales que desarrollan su labor asistencial en los Servicios de Urgencias. Elaborar una normativa específica para atenuar la penosidad inherente a los Servicios de Urgencias, adecuando la jornada laboral en base a la Directiva Europea sobre tiempos de Trabajo 2003/88/CE, el Estatuto Marco Ley 55/2003, de 16 de septiembre, el Estatuto de los Trabajadores Real Decreto. Desarrollando un plan de acciones para evitar la fuga de profesionales.

Mejora de la motivación mediante incentivos relacionados con cumplimientos de objetivos, bien definidos en el marco de la normativa actual.

Fidelización de las plantillas de urgencias favoreciendo la contratación a tiempo completo.

A medio plazo:

Estabilización profesional de los sanitarios de urgencias y emergencias. Realizando ofertas públicas de empleo con carácter bienal.

Garantizar una adecuada y homogénea formación de los nuevos profesionales sanitarios que intervienen en las urgencias, realizando cursos de formación y de acreditación de la misma, certificados por la ESSSCAN o por las organizaciones sanitarias autorizadas. A todos los niveles de la atención a la urgencia sanitaria, se solicitará un perfil de formación adecuado vía MIR/EIR y en el caso de necesidad se pactará un periodo práctico máximo de dos meses.

Definir los requisitos académicos y profesionales a cumplir por parte de los profesionales de medicina y enfermería, que realizan la atención urgente en las ambulancias de soporte vital avanzado.

Elaborar un plan de previsión de necesidades de personal, teniendo en cuenta a los profesionales exentos voluntariamente de hacer guardias a los 55 años, cargas y

conciliación familiar, feminización de la profesión y otros aspectos, según perfiles.

4.1.4 Población.

A corto plazo:

Desarrollo de campañas informativas a la ciudadanía, mostrándole la necesidad de acudir a los servicios de urgencias sólo en aquellos casos que realmente precisen atención urgente y no para actos que pueden ser atendidos en las consultas y puntos de Atención Continuada de Atención Primaria, educando en responsabilidad a los usuarios, mediante campañas institucionales.

Evaluación periódica de la satisfacción de los usuarios de los Servicios de Urgencias, valorando las expectativas de los pacientes, la calidad percibida y los resultados en salud.

Potenciar la implantación y formación en DESA (desfibriladores semiautomáticos), implantación en espacios públicos, incluidos los centros sanitarios públicos y privados.

A largo plazo:

Desarrollo de un Plan de formación a la ciudadanía de RCP-B (Centros de Enseñanza Primaria y Secundaria, asociaciones de pacientes, etc.).

Adoptar disposiciones y normativas legales acerca de la optimización en el uso de los Servicios de Urgencias, mediante la educación sanitaria de la población.

4.1.5 Sistemas de información.

A corto plazo:

Promover la adecuada cumplimentación de la historia clínica digital mediante sesiones formativas a los profesionales de urgencias.

Implantación de un sistema de triaje normalizado y unificado en los SUH, CEAU y en los PAU con mayor demanda, que permita organizar la demanda y analizar datos.

A medio plazo:

Desarrollar un sistema de información de urgencias integrado adecuado, operativo y eficiente en el que se integren los servicios de urgencias hospitalarias y extra-hospitalarias que permitan explotar datos y análisis sistemático y periódico de la adecuación de las derivaciones, demoras, altas, reingresos precoces, pacientes con casos resueltos in situ y adopción de las acciones preventivas y/o correctoras precisas. Hasta ahora no se ha podido

realizar una evaluación comparada de la actividad en los servicios de urgencia hospitalarios (SUH) y extrahospitalarios (PAU) de la calidad y cantidad de sus prestaciones, entre otras razones por la inexistencia de un conjunto definido de indicadores que sirvan como sistema de medida común y homogéneo para todos ellos. El CMBD de urgencias debe incorporar los códigos diagnósticos de los episodios de urgencias y permitir clasificar y estudiar las urgencias en sus distintas dimensiones clínicas.

4.1.6 Infraestructuras y equipamiento.

A corto plazo:

Revisar y elaborar un plan de reforma de las estructuras físicas, dotación y reposición de recursos materiales (respiradores, monitores, etc.) y adquisición de nuevas tecnologías.

Dotación a los centros de recursos diagnósticos homogéneos y suficientes. Dotar de equipos y medios de tratamiento para la atención urgente en los puntos de atención continuada, aunque casi todos los centros disponen de desfibriladores, electrocardiografía, pulsioximetría y maletines de soporte vital.

Dotar de POCT (técnicas de point of care) -equipos de química seca- en centros con más de 25.000 urgencias al año y a centros cuya lejanía así lo requieran. Se establecen dos niveles de implantación en función de la demanda y de la complejidad:

- Equipamiento básico (Servicios de Urgencias Extrahospitalarios): hemograma, bioquímica básica (glucosa, urea, creatinina, iones), urianálisis y marcadores cardíacos.
- Equipamiento avanzado (CEAU): hemograma, coagulación, INR, bioquímica básica (glucosa, urea, creatinina, iones, enzimas hepáticas, amilasas, proBNP, dimero D, ácido láctico), urianálisis, marcadores cardíacos y gasometría arterial.

A largo plazo:

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

personas con discapacidad.

Implantar en los servicios de urgencias sistemas de telemedicina y transmisión de imágenes, que permitan la conexión entre los hospitales de islas no capitalinas y centros de referencia.

Adecuación de helisuperficies cercanas a los centros de salud para facilitar posibles traslados sanitarios urgentes en helicóptero.

En los centros de nueva construcción se contemplará la instalación de equipos de diagnóstico por la imagen con el fin de favorecer su capacidad de resolución.

4.1.7 Acciones a desarrollar.

Las nuevas acciones en las urgencias, recogidas en el Plan de Urgencias Sanitarias de Canarias se concretan en:

1.- Apertura de los centros de urgencias extra-hospitalarios a 24 horas: 24 centros, que se desglosan de la siguiente forma: 10 en Tenerife, 11 en Gran Canaria, 1 Fuerteventura, 1 en Lanzarote y 1 en La Palma.

2.- Creación de 2 nuevos PAU, en el término municipal de La Laguna (zona de Finca España) y zona Candelaria-Güimar.

3.- Actuaciones sobre el transporte urgente: Incremento en 8 recursos móviles desglosados de la siguiente forma:

- 4 vehículos de con dotación de soporte vital avanzado con posibilidad de sanitizar o medicalizar en Playa Blanca, Morro Jable, Gomera y El Hierro.
- 1 vehículo de soporte vital básico en Arrecife y 1 vehículo de soporte vital básico en Santa Cruz de la Palma.
- 2 vehículos de intervención rápida con funcionamiento 24 horas en Las Palmas de Gran Canaria y Área Metropolitana de Santa Cruz- La Laguna.
- Recuperar el funcionamiento de los helicópteros las 24 horas en las dos provincias.

4.- Urgencias Hospitalarias: creación de 6 centros especializados de atención urgente:

- 2 en Tenerife (reconvirtiendo 1 SNU y 1 de nueva creación).
- 4 en Gran Canaria (reconvirtiendo 2 SNU)
- 1 en Fuerteventura (reconvirtiendo un PAC)

- 1 La Palma (reconvirtiendo 1 SNU).
- Obra nueva en los servicios de Urgencias del Hospital Universitario de Canarias, Hospital Nuestra Señora de Candelaria (pendiente de adjudicación) y Hospital Insular de Gran Canaria.

A todo ello se suman 47 acciones en mejoras de procesos organizativos en los servicios de urgencias (extra-hospitalarios, Servicio de Urgencias Canario y hospitalarios) incidiendo en la organización interna de los mismos, en la demanda y en el drenaje de los pacientes. Así como mecanismos de coordinación con las Áreas de Salud.

4.7.1.- Urgencias Extra-hospitalarias: Atención Primaria.

Urgencias de Atención Primaria Tenerife.

Tabla 131. Acciones a desarrollar AP Tenerife.

Centros de Salud / S. Urg.	Horario	Radiología	Analíticas	Observaciones
Candelaria-Güimar	24	Si	Si	Proyecto obra nueva
Granadilla-San Isidro	24	Si	Si	Pte. traslado a S. Isidro
Guimar	24	Si	Si	**
Guía de Isora		Si	Si	Nuevo equipamiento Rx
Los Gladiolos	24		Si	
Ofra	24	Si	Si	Nuevo equipamiento
Tíncer	24	Si	Si	Instalado
SUP Jaime Chávez	24		Si	Ya funciona 24 h.
La Laguna	24	Si	Si	Ampliar Horario Rx
La Orotava			Si	
Los Realejos	24		Si	
Puerto de la Cruz	24	Si	Si	Ampliar Horario Rx
Finca España	24	Si	Si	Proyecto obra nueva

** 24 h hasta financiación y creación centro de urgencias Candelaria- Guimar.

Urgencias de Atención Primaria Gran Canaria.

Tabla 132. Acciones a desarrollar AP Gran Canaria.

Centros de Salud / S. Urg.	Horario	Radiología	Analíticas	Observaciones
El Calero	24	Si	Si	CEAU
Ingenio	24			
Jinámar	24		Si	
Maspalomas	24	Si	Si	CEAU
Vecindario	24	Si	Si	
Arucas	24	Si	Si	Ampliar Horario Rx
Barrio Atlántico	24	Si	Si	Ampliar Horario Rx
Gáldar	24	Si	Si	CEAU

Puerto/La Isleta	24		Si	
San Nicolás		Si	Si	Ampliar horario Rx
Schamann	24		Si	
Tamaraceite	24		Si	

Urgencias de Atención Primaria. Islas no capitalinas.

Tabla 133. Acciones a desarrollar Islas no capitalinas.

	Horario	Radiología	Analíticas	Observaciones
Puerto del Rosario	24	Si	Si	Nuevo PAU. Ampliar horario Rx.
Valterra	24	Si	Si	Ampliar horario Rx
Playa Blanca			Si	
S.C. de la Palma	24		Si	
Los Llanos de Aridane	24	Si	Si	CEAU
Morro Jable		Si	Si	Ampliar horario Rx

4.7.2.- Urgencias Extra- hospitalarias: SUC.

Tabla 134. Acciones a desarrollar SUC.

SUC	SVA	SVB	VIR	Observaciones
Lanzarote	1	1		SVA (Playa Blanca) SVB (Arrecife)
La Palma		1		Sta. Cruz de La Palma
Fuerteventura	1			SVA (Morro Jable)
Tenerife			1	Disponibilidad 24 h. Área Metropolitana
Gran Canaria			1	Reconversión SEU
Gomera		1		Equipadas para SVA
El Hierro		1		Equipadas para SVA

4.7.3.- Urgencias Hospitalarias:

Tabla 135. Acciones a desarrollar hospitales.

	CEAU	Obras Hospital	Observaciones
Tenerife	2	Si	CEAU San Benito. La Laguna CEAU Sta. Cruz. B. Salamanca * Obra nueva HUC Obra nueva HUNSC
Gran Canaria	4	Si	CEAU Gáldar. CEAU Las Palmas GC * CEAU El Calero CEAU Maspalomas Obra Nueva Hospital Insular.
La Palma	1		CEAU Los Llanos de Aridane
Fuerteventura	1		CEAU Gran Tarajal

*Necesario disponer de terrenos, proyecto de obra y construcción (previsto a partir de 2020).

ÁREA DE SALUD DE TENERIFE

a) Urgencia Extra-Hospitalaria:

Atención Primaria

Ampliar el horario de funcionamiento de determinados centros a 24 horas, completando las plantillas en horario de mañana.

Técnicas de diagnóstico por imagen mediante radiología convencional: Puesta en marcha de los equipos de radiodiagnóstico de los Centros de Salud de San Isidro y Tíncer. Dotar de equipo al Centro de Salud de Ofra y Guía de Isora. Posibilitar el uso del equipo del CAE al Servicio de Urgencias del Puerto de la Cruz y ampliar el horario de uso del equipo de Radiodiagnóstico del Centro de Salud de San Benito.

Determinaciones analíticas mediante auto-analizadores de química seca a los servicios de urgencias de Los Gladiolos, Ofra, Tíncer, San Isidro, La Laguna, Puerto de la Cruz, La Orotava, Los Realejos y Servicio de Urgencias Pediátricas Jaime Chávez.

En base a la población de cobertura sería conveniente evaluar la ubicación de un nuevo punto de urgencias de Atención Primaria en el término municipal de La Laguna, el cual, con una población censada de en torno a los 150.000 habitantes, dispone solo de un punto de urgencias. La zona propuesta sería en terrenos de la zona Finca España por ser una zona de expansión del municipio y su ubicación estratégica en un nudo de comunicaciones viarias.

Creación de un servicio de urgencias extra-hospitalario en el municipio de Candelaria, que preste cobertura a la población del Valle de Güimar y Candelaria en edificio de nueva construcción, lo que supondría su funcionamiento al margen del PAC de Candelaria. Se dotará de radiología y auto-analizadores.

SUC:

Normalizar la recogida de datos en los dos Centros Coordinadores.

Implementar el Vehículo de Intervención Rápida (VIR) con técnico de emergencias sanitarias (actuando como conductor) y médico y/o enfermero durante las 24 horas, con cobertura en el área Santa Cruz - La Laguna, que además supondría la posibilidad de dotar de transporte con soporte vital avanzado a mayor número de afectados y permitiría la atención domiciliaria urgente.

b) Urgencia Hospitalaria.

Creación de un CEAU en el Centro de Salud de San Benito, con el fin de dar cobertura al incremento poblacional de esta zona.

Creación de un CEAU en la zona urbana de Santa Cruz de Tenerife, en la zona de Salamanca

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (HUNSC): las actuaciones sobre el servicio de urgencias forman parte de la última fase del Plan Funcional del centro. Las instalaciones se encuentran obsoletas y las reformas del mismo no solucionarían el problema. Se ha desarrollado un plan funcional para abordar la construcción de un nuevo servicio en terrenos anexos al edificio actual, pero esto supone una solución a medio-largo plazo. La licitación del proyecto y ejecución del nuevo servicio salió a concurso en el BOE 134 de 05/06/2015. El concurso se encuentra actualmente en fase de valoración de las ofertas presentadas por los licitadores. Con el nuevo proyecto se prevé el crecimiento del edificio actual en unos 3.000 m².

Como medida a corto plazo se ha valorado la viabilidad de utilizar un área colindante al actual servicio de urgencias sobre la que es necesaria realizar una intervención para su adecuación y conexión con el servicio actual y que permitiría ganar una superficie de en torno a los 500 m².

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

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

Se encuentra pendiente de resolución la II fase de su Plan Funcional lo que lleva

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

ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA

a) Urgencia extra-Hospitalaria.

Atención Primaria

Ampliar el horario de funcionamiento de determinados centros a 24 horas, completando las plantillas en horario de mañana.

Técnicas de diagnóstico por imagen mediante radiología convencional. Consolidar el funcionamiento 24 horas del Centro de Salud de Maspalomas. Aumentar el horario de funcionamiento a 24 horas el equipo de radiodiagnóstico de los Centros de Salud de Arucas y Barrio Atlántico y posibilitar que el Centro de Salud del Calero pueda utilizar el equipamiento radiológico del futuro CAE de El Calero.

Determinaciones analíticas mediante auto-analizadores: dotar de estos medios a los Servicios de Urgencias de El Calero, Ingenio, Vecindario, Maspalomas, Gáldar, Arucas, Barrio Atlántico, Tamaraceite, Schamman, Jinámar y La Aldea.

El Centro de Salud de Guía, realizará la actividad de atención habitual de Atención Primaria y las urgencias de la zona se derivarán al CEAU de Gáldar una vez empiece a desarrollar su tarea.

SUC:

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

b) Urgencia Hospitalaria

Creación de un CEAU en Centro de Salud de Maspalomas. Así mismo es necesario remodelar el antiguo Centro de Salud de Vecindario y recuperar en el Centro de Salud de El Doctoral, el área actualmente ocupada para pediatría y diseñada en origen en como zona de observación del servicio de urgencias.

Creación de un CEAU en el Centro de Salud de El Calero, aprovechando las instalaciones actualmente usadas como gimnasio.

Creación de CEAU en Centro de Salud de Gáldar. Para ello es necesario elaborar un plan funcional de mejoras en el edificio actual ya que las instalaciones actuales son deficientes para las prestaciones del mismo o bien determinar una nueva zona y construir un edificio para su instalación en zonas intermedias entre Santa maría de Guía y Gáldar.

Creación de un CEAU en Las Palmas de Gran Canaria, zona de influencia Tamaraceite Sur, con el fin de atender al importante aumento poblacional en esta zona urbana.

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

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

ÁREA DE SALUD DE LA PALMA

**a) Urgencia extra-
Hospitalaria. Atención
Primaria**

Ampliar el horario de funcionamiento a 24 horas del SNU de Santa Cruz de la Palma, completando las plantillas en horario de mañana.

Determinaciones analíticas mediante auto-analizadores: dotar de esos medios al Servicio de Urgencias de Santa Cruz de La Palma.

SUC:

Implantar una ambulancia de SVB de 24 horas en la zona de S/C de La Palma, ya que actualmente se dispone de la ambulancia sanitizada para atender a toda la población

de la capital de la isla, la zona de Las Breñas y Puntallana.

b) Urgencia Hospitalaria

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

ÁREA DE SALUD DE FUERTEVENTURA

a) Urgencia extra-Hospitalaria.

Atención Primaria

Crear un PAU en el C.S de Puerto del Rosario (actualmente PAC). Ampliando el horario de funcionamiento del área de radiología 24 horas.

Ampliar el horario de funcionamiento del equipo de diagnóstico por la imagen 24 horas en C.S. Morro Jable.

Determinaciones analíticas mediante auto-analizadores: dotar de esos medios al Servicio de Urgencias de Puerto del Rosario y al PAU de Morro Jable.

SUC:

Incrementar el horario de la ambulancia de SVB de Costa Calma de 12 a 24 horas.

Redefinir las funciones de la ambulancia ubicada en Morro Jable como ambulancia de soporte vital avanzado, garantizando la disponibilidad de 24 horas y la formación del personal.

Considerar un aumento de la plantilla de médicos y enfermeras del centro, de tal manera que se pudiera "sanitarizar" y/o "medicalizar" la ambulancia básica de la zona, para cualquier servicio que lo requiera, en función de las patologías.

b) Urgencia Hospitalaria

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

ÁREA DE SALUD DE LANZAROTE

a) Urgencia extra-Hospitalaria.

Atención Primaria

Mantener el horario de funcionamiento con horario de 24 horas, el servicio de urgencias del Centro de Salud de Valterra, completando las plantillas en horario de mañana con el personal de incidencias, tal y como vienen realizando actualmente. Ampliar el horario de funcionamiento del equipo de diagnóstico por la imagen a 24 horas en C.S. Valterra.

Dotar de determinaciones analíticas mediante auto-analizadores al Servicio de Urgencias de Valterra y Playa Blanca.

SUC:

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

Implantación de una ambulancia de soporte vital avanzado en el Municipio de Yaiza, ubicada en el Consultorio local de Playa Blanca.

Considerar un aumento de la plantilla de médicos y enfermeras del Consultorio Local de Playa Blanca, de tal manera que se pudiera "sanitarizar" y/o "medicalizar" la ambulancia básica de la zona, para cualquier servicio que lo requiera, en función de las patologías.

ÁREAS DE SALUD DE LA GOMERA Y ÁREA DE SALUD DE EL HIERRO

Las características orográficas, de dispersión poblacional y del tipo de demanda de atención urgente de ambas áreas de salud, aconsejan disponer de recursos versátiles en cuanto a su función y disponibilidad, que puedan acoplarse a los distintos tipos de necesidades de una manera ágil y proporcionada, manteniendo los estándares de calidad asistencial.

Se dimensionará la plantilla de médicos y enfermería de la Gerencia de Servicios Sanitarios, permitiendo así convertir en un recurso de soporte vital avanzado la ambulancia básica de la zona, para cualquier servicio que lo requiera. Para ello la ASVB de cobertura de 12 horas de San Sebastián de la Gomera y de El Pinar (El Hierro) pasarían a prestar servicio de 24 horas, con equipamiento de SVA.

Las alternativas de recursos humanos pasarían por la incorporación del personal de los Puntos de Atención Continuada y con guardias localizadas de lunes a viernes y con los refuerzos

del fin de semana, a la estructura del hospital en el marco de la Gerencia única de servicios sanitarios.

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

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

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

Una asistencia sanitaria de calidad es aquella que se proporciona con una práctica clínica basada en pruebas, conforme a los conocimientos científicos actuales, siguiendo guías clínicas elaboradas con criterios de medicina basada en la evidencia, con el menor riesgo para los pacientes y los familiares, con la mayor eficiencia y con la mayor satisfacción para los usuarios y para el personal sanitario. En definitiva, calidad y eficiencia están íntimamente unidas, de forma que no puede haber calidad asistencial en su más amplio sentido si la asistencia no es eficiente. La calidad asistencial es un objetivo constante. Por ello, se debe considerar como una variable estratégica. No es posible hablar hoy de buena gestión si ésta no incorpora un sistema de mejora continua de la calidad, con un sistema de monitorización que mida y evalúe, de forma periódica, aspectos relevantes de la asistencia.

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

Para ello es necesario que desde la Red de Asistencia Urgente se impulse la realización de:

- Planes Funcionales de los servicios.
- Elaboración de protocolos y criterios de derivación entre diferentes ámbitos asistenciales.
- Aplicación de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (consultas on line).
- Implantación de sistemas de calidad en los diferentes ámbitos de la atención urgente.
- Parámetros de evaluación de la atención diaria, semanal o mensual analizando

especialmente los incidentes de seguridad (eventos centinela establecidos en el sistema de calidad).

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

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

Para ello es básico la implantación y desarrollo de cuadros de mandos y sistemas de información fiables que incluyan un Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de Urgencias, que garanticen la disponibilidad de la información en el ámbito comunitario y estatal, en aplicación del real decreto 69/2015 de 6 de febrero por el que se regula el Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada.

6.- DOCENCIA, INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN.

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

6.1. DOCENCIA.

6.1.1 Informe de Situación.

A.- Formación en Medicina y Enfermería de Urgencias.

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

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

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

. - Formación de pregrado:

Las Facultades de Medicina Canarias han introducido en su currículum la asignatura de

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

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

.- Formación especializada en Urgencias y Emergencias.

Existen bastantes diferencias entre los diversos países, que son debidas a condicionantes históricos, formativos, de organización del propio sistema sanitario y de necesidad de dar respuesta a los nuevos retos en materia de atención sanitaria. La especialidad de MUE existe en 12 países de Europa, Reino Unido e Irlanda – en éstos desde hace más de 20 años –, República Checa, Hungría, Malta, Polonia, Islandia, Eslovaquia, Rumanía y Eslovenia. En Francia e Italia se aprobó como especialidad en el año 2011. En promedio, la duración de la formación médica especializada es de unos 5 años. Fuera de Europa, la especialidad también está plenamente reconocida en Estados Unidos, Canadá, Filipinas, Australia, México, Argentina, Israel, Marruecos, Turquía, Argelia, etc., entre casi 100 países del mundo con la Especialidad de Medicina de Urgencias y Emergencias reconocida.

En relación con la Enfermería y, en el ámbito internacional, algunos países han optado por dar garantía de calidad creando especialidades de urgencias y emergencias, según las características propias de cada entorno, aunque se debaten aún en la búsqueda de la fórmula adecuada a su organización sanitaria, bajo la denominación de urgencias y emergencias y/o intensivos. En los siguientes países existe dicha especialidad: Alemania, Bélgica, Dinamarca, Finlandia, Grecia, Irlanda, Luxemburgo, Holanda, Gran Bretaña, Suecia y Eslovenia.

La necesidad de formación específica y especializada de las enfermeras para cuidar a los pacientes en situación aguda está ampliamente reconocida por las personas que asumen

responsabilidades asistenciales, docentes y de gestión. La carencia de este nivel de formación en enfermería hace necesario disponer de listas de contratación de personal diferenciadas para los Servicios de Urgencias y Emergencias, primando a los profesionales con formación y experiencia en este ámbito asistencial. Formación que han obtenido por vía de títulos propios de universidades y otros cursos de formación continuada.

Formación de posgrado:

- Máster en Medicina de Urgencias y Emergencias de la Universidad de La Laguna.
- Máster de enfermería de urgencias y cuidados críticos de la Universidad Europea de Canarias.
- Experto en Urgencias y Emergencias. Colegio de Enfermería de Tenerife- Universidad Complutense de Madrid.

B.- Formación Técnico Emergencias Sanitarias.

Regulado por el Real Decreto 1397/2007, de 29 de octubre, por el que se establece el título de Técnico en Emergencias Sanitarias y se fijan sus enseñanzas mínimas. Es un ciclo de Formación Profesional de Grado Medio con una duración de 2000 horas y que forma a los profesionales para prestar atención básica sanitaria y psicológica en el entorno pre-hospitalario, trasladar al paciente al centro sanitario, llevar a cabo actividades de tele-operación y tele-asistencia sanitaria, colaborar en la organización y desarrollo de los planes de emergencia de los dispositivos de riesgo previsible y de la logística sanitaria ante una emergencia individual, colectiva o catástrofe.

Actualmente se pueden cursar estos ciclos formativos en las islas de Tenerife, Gran Canaria, La Palma, Lanzarote y Fuerteventura.

6.1.2 Propuestas

En líneas generales, en el momento actual, la dotación, formación y gestión de los recursos humanos de los servicios de urgencias está caracterizada por la heterogeneidad entre los diferentes servicios autonómicos e incluso dentro de los servicios del servicio de salud. No existe un perfil homogéneo y acreditado del profesional que trabaja en los servicios de urgencias. Así, actualmente, en un mismo servicio coexisten médicos y enfermeras con formaciones y perfiles totalmente distintos. La mejora del modelo asistencial de urgencias pasa por un esfuerzo

importante, en la formación inicial y continuada de los distintos profesionales implicados. La formación debe enmarcarse en una propuesta de continuidad y el periodo de formación inicial tendrá una duración variable en función de la categoría profesional, en el cual tendrán lugar los cursos específicos de capacitación así como las rotaciones hospitalarias, fundamentalmente en los Servicios de Urgencias (adultos y pediátrica), Unidad de Vigilancia Intensiva (adultos y pediátrica), Unidades Coronarias, Servicio de Anestesia y Reanimación y Servicio de Ginecología y Obstetricia y Unidades de Soporte Vital Avanzado móviles. Este periodo tendrá como mínimo duración de un mes y se realizará con periodicidad trianual, se planteará un programa de reciclaje formativo, en función de las necesidades y preferencias del personal sanitario y del SCS.

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

Así mismo es necesario instar en nuestra comunidad a que se implanten en ambas universidades, asignaturas específicas de urgencias para los alumnos del Grado de Enfermería, potenciando la formación práctica con rotaciones regladas.

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

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

Poner en marcha un Plan de formación por competencias y por categorías profesionales, para desarrollar el trabajo en Urgencias y Emergencias a desarrollar por la ESSSCAN, en colaboración con las organizaciones profesionales de medicina y enfermería.

Diseñar en la medida de lo posible un programa individual de formación continuada para cada profesional, a la medida de sus carencias y de sus áreas e interés, así como del perfil profesional necesario para el servicio.

Computar las actividades formativas y docentes como jornada laboral.

Desarrollo de un sistema de formación de urgencias y emergencias. Instar a los centros universitarios el desarrollo de las asignaturas de urgencias dentro de sus planes de estudios.

Potenciar las acciones formativas y científicas inter-niveles en Urgencias.

Convenios y alianzas entre instituciones, que favorezcan la formación práctica.

B.- Formación de la Población.

Elaboración de material didáctico para la formación en urgencias para primeros intervinientes, escolares, universitarios y población en general, en técnicas de soporte vital básico.

Elaborar campañas informativas para la ciudadanía, sensibilizando a los usuarios, mostrándole la necesidad de acudir a los Servicios de urgencias o llamar al Centro Coordinador sólo en aquellos casos que realmente precisen atención urgente y no para procesos que perfectamente pueden ser atendidos en las consultas de Atención Primaria.

6.2. INVESTIGACIÓN.

La investigación es una parte fundamental en el desarrollo de un servicio de calidad por lo que debe potenciarse desde el Servicio Canario de Salud. Las líneas de investigación en la atención urgente deben marcarse en función de la prevalencia de las diferentes patologías de la Comunidad y en concordancia con los medios de los que se dispone, consensuadas con las diferentes entidades implicadas y en consonancia con las directrices marcadas en el Plan de Salud de Canarias.

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

Para revertir esta situación la actividad de los profesionales de Urgencias debe contemplar el tiempo razonablemente necesario para desarrollar las actividades formativas, docentes e investigadoras. Todo ello abocaría en una mejora de la calidad asistencial. Para ello, se debe desarrollar un plan estratégico de investigación en urgencias que elabore líneas de investigación en el área de las urgencias de manera coordinada entre los centros hospitalarios y

extra hospitalarios de la Comunidad.

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

6.3. INNOVACIÓN.

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

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

7.- MARCO JURÍDICO DE REFERENCIA.

- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.
- Ley 1/2015, de 9 de febrero, de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida.
- Decreto 32/1995 de 24 de febrero por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud.
- Decreto 62/1997 de 30 de abril por el que se regula la implantación del Servicio de Atención de Urgencias y Emergencias a través del Teléfono Único Europeo de Urgencias 1-1-2.
- Decreto 117/1997, de 26 de junio, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento de las Zonas Básicas de Salud en la Comunidad Autónoma de Canarias.
- Decreto 178/2005, de 26 de julio, por el que se aprueba el Reglamento que regula la historia clínica en los centros y establecimientos hospitalarios y establece el contenido, conservación y expurgo de sus documentos.
- Decreto 12/2002 de 13 de febrero por el que se crean las categorías y modalidades de médico de urgencia hospitalaria y de médico de admisión y documentación clínica en el ámbito de las Instituciones Sanitarias de Atención Especializada del Servicio Canario de la Salud.
- Decreto 154/2002, de 24 de octubre, por el que se regula el transporte terrestre sanitario.
- Decreto 56/2007, de 13 de marzo, por el que se regula la tarjeta sanitaria canaria, el documento sanitario de inclusión temporal y el acceso a las prestaciones públicas de asistencia sanitaria y farmacéutica.
- Decreto 157/2015, de 18 de julio, que aprueba el Reglamento por el que se regula la utilización de desfibriladores semiautomáticos y automáticos externos por los primeros intervinientes en la Comunidad Autónoma de Canarias.
- Orden de 21 de diciembre de 1999, por la que se determina el marco de funcionamiento del Centro Coordinador de Emergencias y Seguridad (CECOES).
- Orden de 15 de junio de 2000, de la Consejería de Sanidad y Consumo, por la que se establecen las condiciones mínimas que deben cumplir los centros hospitalarios de la Comunidad Autónoma de Canarias.
- Orden de 30 de marzo de 2009, por la que se aprueba la creación del fichero de datos de carácter personal de Manifestaciones Anticipadas de Voluntad en el ámbito sanitario.
- Convenio de colaboración de 9 de febrero de 2006 suscrito entre el Instituto Canario de la Mujer y la empresa pública Gestión de Servicios para la Salud y Seguridad en Canarias, S.A., que le encomienda la gestión del servicio de atención de la mujer víctima de violencia de género en las salas operativas del servicio de atención de urgencias y emergencias 1-1-2 (BOC 07.04.2006).
- Convenio de 27 de diciembre de 2007 entre el Servicio Canario de la Salud y la empresa pública Gestión de Servicios para la Salud y Seguridad en Canarias, S.A. para la ejecución del transporte sanitario de la Comunidad Autónoma de Canarias (BOC 21.01.2008).
- Instrucción 7/98 del Director del Servicio Canario de la Salud por la que se establece la ordenación de la prestación del transporte sanitario terrestre a pacientes beneficiarios del Servicio Canario de la Salud y su evaluación.

- Instrucción 8/99 de 29 de abril de 1999 del Director del Servicio Canario de la Salud por la que se establece el protocolo de transporte aéreo medicalizado interhospitalario.
- Instrucción 9/99 de 29 de abril de 1999 del Director del Servicio Canario de la Salud por la que se establece el procedimiento para el traslado de pacientes aceptados para trasplante cardíaco en urgencia "0".
- Instrucción 10/1999 del director del Servicio Canario de la Salud por la que se establecen instrucciones operativas para la solicitud por parte de los centros de atención primaria de Las Palmas de Gran Canaria y Telde del Servicio Canario de la Salud al centro coordinador del Servicio de Urgencias Canario de transporte de pacientes a centros sanitarios.
- Instrucción 10/2008 del Director del Servicio Canario de la Salud por la que se establecen instrucciones operativas para la solicitud por parte de los centros de atención primaria del Servicio Canario de la Salud al centro coordinador del Servicio de Urgencias Canario (SUC) de transporte de pacientes a centros sanitarios.
- Instrucción 31/2010 del Consejero de Sanidad por la que se modifica la Instrucción de 29 de mayo de 2009 para la gestión del transporte sanitario.
- Instrucción 5/99 del Director del Servicio Canario de la Salud por la que se regula la tarjeta sanitaria de las personas con deterioro cognitivo que precisan acompañamiento durante la visita médica o la atención de los servicios de urgencias.
- Anuncio de 27 de septiembre de 2006, por el que se hace pública la Disposición 59/06 bis que aprueba el contenido de la Carta de Servicios del Servicio de Urgencias Canario.

8.- BIBLIOGRAFÍA.

1. Estrategias de mejora de la Atención Urgente. SCS- 2008.
2. Estrategias Generales para la reordenación de las Urgencias en Atención Primaria. SCS- 2010.
3. Las Urgencias Hospitalarias en el Sistema Nacional de Salud: derechos y garantías de los pacientes. Estudio Conjunto de los Defensores del Pueblo. 2015.
4. Unidad de Urgencia Hospitalaria. Estándares y Recomendaciones. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2010.
5. Urgencias Sanitarias en España. Situación actual y propuestas de mejora. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. 2003.
6. Excelencia en Urgencias. Grupo Mensor, Servicios de Salud. 2011.
7. Plan Estratégico de los Servicios de Urgencias Hospitalarios 2011-2015. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.
8. Documento Marco sobre Estándares de Calidad de Atención urgente a los ciudadanos y las ciudadanas en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias.
9. Plan de Mejora de los Servicios de Urgencias y Emergencias de Andalucía. Grupo de Trabajo de Gestión de Servicios de Urgencias y Emergencias. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. 2012.
10. Plan Funcional de la Sección de Urgencias del Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Dirección General de Asistencia Sanitaria, Subdirección de Asistencia Especializada y Gestión Sanitaria. Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias.
11. Plan Integral de Urgencias de Cataluña (PIUC). Cat Salud. Servicio Catalán de la Salud
12. Manual de Indicadores de Calidad de los Servicios de Urgencias de los Hospitales. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. 2009.
13. Atención a la Urgencia Extra-hospitalaria. Organización en las Comunidades Autónomas. Instituto de Información Sanitaria – Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP) 2009.
14. Los servicios de emergencia y urgencias médicas extra-hospitalarias en España. Joseba Barroeta Urquiza; Nuria Boada Bravo. Grupo Mensor, Servicios de Salud. 2011.
15. Como innovar en la identificación y eliminación del desperdicio en las organizaciones sanitarias: Servicios de urgencias Hospitalarios. Cátedra Pfizer de Gestión Clínica. Manuel Herrera Carranza, Francisco Aguado Correa. 2011.
16. La saturación en los servicios de urgencias hospitalarios. Pere Tudela, José Mará Modol. Emergencias 2015; 27:113-120.
17. Como organizar las urgencias hospitalarias. Justo Menéndez. Máster en Dirección de Unidades Clínicas de la Universidad de Murcia.
18. Aranaz Andrés JM, Martínez Noguerras R, Rodrigo Bartual V, Gómez Pajares F y Antón García P. Adecuación de la demanda de atención sanitaria en servicios de urgencias hospitalarios. Med Clin (Barc) 2004; 123(16):615-8.
19. Llopis Roca F, Ferré Losa C, Juan Pastor A, Martín Sánchez FJ, Sempere Montes G, Jacob Rodríguez J, Llorens Soriano P, Navarro Bustos C, Martínez Ortiz de Zárate M. Grupo de colaboradores del proyecto REGICE (Adenda 1). Análisis de los resultados de gestión de las unidades de corta estancia españolas según su dependencia funcional. Emergencias 2015; 27:109-112.
20. Goicoechea Salazar J, Nieto García A, Laguna Tellez A, Laroche Mata D, Canto Casasola V, Murillo Cabezas F. Características de las urgencias hospitalarias del Servicio Andaluz de Salud durante 2012 a partir del conjunto mínimo básico de datos. Rev Esp Salud Pública 2013; 87: 587-600.
21. Oliva JA, Monmany J, Pascual L, Guardiola JM, Coma E, Madrid P, Teixell R, Ferrer F y Vázquez G. Coordinación entre servicios de urgencias. Un modelo eficaz en la planificación sanitaria. Rev Calidad asistencial 2004; 19(5):304-11.
22. Roqueta Egea F, Tomás Vecina S, Chanovas Borrás M. Cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias: resultados de su evolución en 30 hospitales del Sistema nacional de salud español. Emergencias 2011; 23:356-364.
23. Tejedor Fernández M, Montero Pérez FJ, Miñarro del Moral R, Gracia García F, Roig García JJ,

- García Moyano A. Diseño e implantación de un plan de seguridad del paciente en un servicio de urgencias de hospital. Tejedor Fernández M. et al. *Emergencias* 2013; 25:218-227.
24. Estimación de necesidad de personal de enfermería de una unidad; cálculos prácticos. Ángel Fernández Díez. Escuela Nacional de Sanidad 2013.
 25. Miró O, Escalada X, Gené E, Boqué C, Jiménez Fabrega FC, Netto C, Alonso G, Sánchez P, Sánchez M. Estudio SUHCAT (1,2 y 3): mapa físico de los servicios de urgencias hospitalarios de Cataluña. *Emergencias* 2014; 26: 19-56.
 26. Navarro Villanueva R, López-Andújar Aguiriano L, Brau Beltrán J, Carrasco González M, Pastor Roca P, Masiá Pérez V. Estudio del tiempo de demora asistencial en urgencias hospitalarias. Estudio multicéntrico en los servicios de urgencias hospitalarias de la Comunidad Valenciana. *Emergencias* 2005; 17:209-214.
 27. Tomás S, Chanovas M, Roqueta F, Alacarez J, Toranzo T. y Grupo de Trabajo de EVADUR – SEMES. Eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles. *Emergencias* 2010; 22: 415-428.
 28. Busca P, Inchaurreza E, Illarramendi A, Urbina O, González L, Miró O. Evolución de la actividad asistencial de una plantilla estable de médicos adjuntos de urgencias a lo largo del tiempo. Pablo Busca et al. *Emergencias* 2015; 27:143-149.
 29. Montero Pérez FJ, Calderón de la Barca JM, Jiménez Murillo L, Quero Espinosa F, Gracia García J, Roig García J. Gestión clínica de un servicio de urgencias hospitalario mediante un cuadro de mando asistencial específico. *Emergencias* 2012; 24: 476-484.
 30. Guil J, Rodríguez Martín M, Ollé M, Blanco C, Modellar MT, Pedrol E. Gestión del transporte sanitario desde un servicio de urgencias. *Emergencias* 2009; 21: 183-185.
 31. Juan A, Enjamio E, Moya C, García Forteta C, Castellanos J, Pérez Mas JR, Martínez Milán J, Lores L, Urgelles J, Robles B, Bou E, Romero C, Méndez C, Saavedra J, Céspedes M, Morera M, Vera R, Ferriz C, Tor S, Ramón R. Impacto de la implementación de medidas de gestión hospitalaria para aumentar la eficiencia en la gestión de camas y disminuir la saturación del servicio de urgencias. *Emergencias* 2010; 22: 249-253.
 32. Montero Pérez FJ, Calderón de la Barca Gázquez JM, Jiménez Murillo L, Berlango Jiménez A, Pérula de Torres L. Situación actual de los servicios de urgencias hospitalarios en España, descripción general y análisis de la estructura física y funcional (I, II, III y IV). FJ Montero Pérez et al. *Emergencias* 2000; 12: 226-268.
 33. Modelo predictor del ingreso hospitalario desde el servicio de urgencias hospitalario. Tesis Doctoral. Carlos María Elvira Martínez. Madrid, 2.012.
 34. Howard Owens. Saturación de los servicios de urgencias. Una propuesta desde el sistema para un problema del sistema. *Emergencias* 2010; 22:244-246.
 35. Recomendación profesional de la Sociedad española de Enfermería de Urgencias y Emergencias sobre ratios de enfermería en la atención de urgencias hospitalarias.
 36. Sistema de Acreditación para Servicios de Urgencias y Emergencias. Normas de Acreditación para Servicios de Urgencias de Atención Primaria. SEMES 2004. I Pérez-Montaut et al.

9.- FICHA FINANCIERA.

PREVISIÓN PRESUPUESTARIA 2016-2021*

	CAP I	CAP II	CAP VI	TOTAL
AÑO 2016	428.001,27	1.002.200,00	2.137.361,00	3.567.562,27
AÑO 2017	6.039.616,18	606.000,00	5.320.000,00	11.965.616,18
AÑO 2018	1.677.493,21	216.000,00	7.150.000,00	9.043.493,21
AÑO 2019	2.169.880,29	15.000,00	850.000,00	3.034.880,29
AÑO 2020	630.287,06	200.000,00	1.680.000,00	2.510.287,06
AÑO 2021	0,00	600.000,00	1.080.000,00	1.680.000,00
TOTAL	10.945.278,01	2.639.200,00	18.217.361,00	31.801.839,01

*NOTA: Los datos económicos reflejados en la tabla anterior, obedecen a una estimación realizada en 2016, por lo que las cantidades anuales pueden sufrir variaciones.

10.- CRONOGRAMA Y ALINEACIÓN ESTRATÉGICA.

Plan de Urgencias Sanitarias de Canarias.

ESTRATÉGICAS BÁSICAS	OBJETIVOS	PROPUESTAS	ACCIONES	Inicio -Fin	RESPONSABLES	EVALUACIÓN
3.1 LAS PERSONAS EN EL CENTRO DEL SISTEMA.	3.1.1 Aumentar la satisfacción del ciudadano con su sistema sanitario. 3.1.2. Mejorar la accesibilidad. 3.1.3. Colaborar con la formación y educación para la salud.	4. POBLACIÓN.	Desarrollo de campañas informativas a la ciudadanía.	2016 - 2019	Dirección del SCS Coordinador PLUSCAN	2019
			Evaluación periódica de la satisfacción de los usuarios de los S. U.	2017- 2019	Dirección de SCS Coordinador PLUSCAN Gerencia de Hospitales y AP	2019
			Potenciar la implantación y formación en DESA. Implantación en espacios públicos, incluidos los centros sanitarios.	2017- 2019	Coordinador PLUSCAN	Anual
			Desarrollo de un Plan de formación a la ciudadanía de RCP-B.	2017	Coordinador PLUSCAN ESSSCAN	2019
			Adoptar disposiciones y normativas legales acerca de la optimización en el uso de los S. U.	2017- 2018	Dirección SCS DG RRHH Coordinador PLUSCAN	2019

Plan de Urgencias Sanitarias de Canarias.

ESTRATÉGICAS BÁSICAS	OBJETIVOS	PROPUESTAS	ACCIONES	Inicio - Fin	RESPONSABLES	EVALUACIÓN
3.2. LOS PROFESIONALES COMO PRINCIPALES ACTORES DEL SISTEMA DE URGENCIAS	3.2.1. Estructura sanitaria homogénea, con profesionales bien formados. 3.2.2. Optimizar los recursos existentes en cada zona básica de salud.	3. PLAN DE RECURSOS HUMANOS	Adecuación de plantillas de los SUH y PAU.	2016 - 2018	Dirección RRHH SCS, Gerencias de hospitales. Coordinador PLUSCAN	2019
			Pacto con las Org. Sindicales que defina la jornada laboral adecuada, así como la optimización de las condiciones laborales.	2017 - 2018	DG RR.HH SCS, Coordinador PLUSCAN	2019
			Mejora de la motivación mediante incentivos relacionados con cumplimientos de objetivos, bien definidos en el marco de la normativa actual.	En 2017- Dic 2017	DG RR.HH SCS, Coordinador PLUSCAN	Anual
			Fidelización de las plantillas de urgencias favoreciendo la contratación a tiempo completo.	2017 - 2018	DG RR.HH SC, Coordinador PLUSCAN	Anual
			Estabilización profesional de los sanitarios de urgencias.	2017- 2019	DG RR.HH SCS, Coordinador PLUSCAN	2019
			Definir los requisitos académicos y profesionales a cumplir por parte de los profesionales de medicina y enfermería, que realizan la atención urgente en las ambulancias de soporte vital avanzado.	2017	DG RR.HH SCS, Coordinador PLUSCAN Dirección Territorial SUC	2018
			Garantizar una adecuada y homogénea formación de los nuevos profesionales sanitarios que intervienen en las urgencias.	2018	DG RR.HH SCS, Coordinador PLUSCAN ESSSCAN	Anual
			Elaborar un plan de previsión de necesidades de personal.	En-Dic 2018	DG RR.HH SC, Coordinador PLUSCAN, Gerencias de A.P. y Hospitales	

Plan de Urgencias Sanitarias de Canarias.

ESTRATÉGICAS BÁSICAS	OBJETIVOS	PROPUESTAS	ACCIONES	In icio - Fin	RESPONSABLES	EVALUACIÓN
3.1 Las Personas en el centro del sistema.	3.1.1 Aumentar la satisfacción del ciudadano con su sistema sanitario.		Potenciar la atención domiciliaria en el marco de la Estrategia de Crónicos del Servicio Canario de la Salud.	2017	Gerencias y D.Médicas de A. P. y S.S.	2018
	3.1.2. Mejorar la accesibilidad del usuario a la atención urgente.		Potenciar la figura del auxiliar administrativo en centros de alta demanda.	2017	Gerencias de A.P.	2018
3.3. REORDENACIÓN DEL MARCO ORGANIZATIVO Y FUNCIONAL DEL SISTEMA DE URGENCIAS	3.2.1. Estructura sanitaria homogénea, con profesionales bien formados.					
	3.2.2. Optimizar los recursos existentes en cada zona básica de salud.					
	3.3.1. Mejorar la atención urgente en los diferentes ámbitos asistenciales.		Elaborar procedimientos de coordinación de recursos y estructuras (SUC, A.P. A.H.)	2017-2018	Coordinador PLUSCAN Gerencias A.P., Y S.S. Gerencias Hospitalarias Direcciones Médicas de A.P. y Hospitales	2019
	3.3.2. Disminuir la morbi- mortalidad en la asistencia urgente.					
	3.3.3. Aumentar la capacidad de resolución de la atención urgente en A.P.					
	3.3.4. Disminuir la presión asistencial hospitalaria.					
	3.3.5. Mejorar el drenaje de los S. U., adecuando la red de transporte sanitario.		Disponer de laboratorio de parámetros críticos y cobertura de servicio de diagnóstico por la imagen..	Según Planes de Acción	Gerencias de A.P.	Anual
	3.3.6. Colaborar en la eficiencia y sostenibilidad de la sanidad pública.					

ESTRATEGÍAS BÁSICAS	OBJETIVOS	PROPUESTAS	ACCIONES	Inicio - Fin	RESPONSABLES	EVALUACIÓN
3.3. REORDENACIÓN DEL MARCO ORGANIZATIVO Y FUNCIONAL DEL SISTEMA DE URGENCIAS.	3.1.1 Aumentar la satisfacción del ciudadano con su sistema sanitario.	<u>1. MODELO DE ORGANIZACIÓN. RED DE ASISTENCIA URGENTE</u>	Coordinador PLUSCAN	Septiembre 2016	Dirección SCS	Anual
	3.1.2. Mejorar la accesibilidad del usuario a la atención urgente.		Implantación del modelo de organización	2017-2018	Coordinador PLUSCAN	Anual
	3.2.1. Estructura sanitaria homogénea, con profesionales bien formados.					
	3.2.2. Optimizar los recursos existentes en cada zona básica de salud.					
	3.3.3. Aumentar la capacidad de resolución de la atención urgente en atención primaria.					
	3.3.6. Colaborar en la eficiencia y sostenibilidad de la sanidad pública.					

Plan de Urgencias Sanitarias de Canarias.

ESTRATÉGICAS BÁSICAS	OBJETIVOS	PROPUESTAS	ACCIONES	In icio - Fin	RESPONSABLES	EVALUACIÓN
3.1 LAS PERSONAS EN EL CENTRO DEL SISTEMA		5.2 MEJORA DE PROCEDIMIENTOS ORGANIZATIVOS.				
3.3. REORDENACIÓN DEL MARCO ORGANIZATIVO Y FUNCIONAL DEL SISTEMA DE URGENCIAS	3.1.1 Aumentar la satisfacción del ciudadano con su sistema sanitario. 3.1.2. Mejorar la accesibilidad del usuario a la atención urgente. 3.2.1. Estructura sanitaria homogénea, con profesionales bien formados. 3.2.2. Optimizar los recursos existentes en cada zona básica de salud. 3.3.1. Mejorar la atención urgente en los diferentes ámbitos asistenciales. 3.3.2. Disminuir la morbi- mortalidad en la asistencia urgente. 3.3.3. Aumentar la capacidad de resolución de la atención urgente en atención primaria. 3.3.4. Disminuir la presión asistencial hospitalaria. 3.3.5. Mejorar el drenaje de los S. U., adecuando la red de transporte sanitario. 3.3.6. Colaborar en la eficiencia y sostenibilidad de la sanidad pública.	A. ATENCIÓN <u>PRIMARIA.</u>	Homogeneizar el funcionamiento, recursos y organización de los PAU y de los PAC de Atención Primaria.	2017	DGPPAA, Coordinador PLUSCAN Gerencias/ D.Médicas de A.P. y S.S.	2018
			Análisis de las infraestructuras actuales y establecimiento de un plan de adecuación y mantenimiento de las mismas.	2017	DGPPAA, Coordinador PLUSCAN Gerencias/ D.Médicas de A.P. y S.S.	2018
			Potenciar la figura de un responsable de la coordinación de la atención urgente en las gerencias de A.P.	2017	DGPPAA, Coordinador PLUSCAN Gerencias/ D.Médicas de A.P. y S.S.	2018
			Elaborar Planes Funcionales donde se recoja la cartera de servicios en cada PAU/PAC, que permita optimizar la actividad.	2017	DGPPAA, Coordinador PLUSCAN Gerencias/ D.Médicas de A.P. y S.S.	2018
			Elaborar Planes de Contingencia para periodos de alta frecuentación en base a los criterios establecidos en el Anexo 2.	Septiembre 2016 Diciembre 2017	DGPPAA, Coordinador PLUSCAN Gerencias/ D.Médicas de A.P. y S.S.	2018
			Implementar sistemas estructurados de triage en los PAU.	2017	DGPPAA, Coordinador PLUSCAN Gerencias/ D.Médicas de A.P. y S.S.	2018
			Elaboración de protocolos de actuación, procedimientos y planes formativos conjuntos de manejo de patologías específicas y frecuentes en los S.U.	2017	DGPPAA, Coordinador PLUSCAN Gerencias A.P y S.S., Gerencias de Hospitales	2018
			Reordenación del sistema de cita previa en A. P. Puesta en marcha de consultas no demorables.	2017	DGPPAA, Coordinador PLUSCAN Gerencias/ D.Médicas de A.P. y S.S.	2018
			Establecer un procedimiento de coordinación específico para estos pacientes entre el S. U. y la Enfermería de Enlace.	2017	DGPPAA, Coordinador PLUSCAN Gerencias /D.Médicas y de Enfermería de A. P. y S.S.	2018
			Potenciar la atención domiciliaria en el marco de la Estrategia de Crónicos del Servicio Canario de la Salud.	2017	Gerencias y D.Médicas de A. P. y S.S.	2018
			Potenciar la figura del auxiliar administrativo en centros de alta demanda.	2017	Gerencias de A.P.	2018
			Elaborar procedimientos de coordinación de recursos y estructuras (SUC, A.P. A.H.)	2017-2018	DGPPAA, Coordinador PLUSCAN Gerencias A.P., y S.S., Gerencias de Hospitales, Direcciones Médicas de A.P. y Hospitales	2019
			Disponer de laboratorio de parámetros críticos y cobertura de servicio de diagnóstico por la imagen.	Según Planes de Acción	Gerencias de A.P.	Anual

Plan de Urgencias Sanitarias de Canarias.

ESTRATÉGICAS BÁSICAS	OBJETIVOS	PROPUESTAS	ACCIONES	Inicio - Fin	RESPONSABLES	EVALUACIÓN
3.1 LAS PERSONAS EN EL CENTRO DEL SISTEMA		5.2 MEJORA DE PROCEDIMIENTOS ORGANIZATIVOS.				
3.3. REORDENACIÓN DEL MARCO ORGANIZATIVO Y FUNCIONAL DEL SISTEMA DE URGENCIAS	3.1.1 Aumentar la satisfacción del ciudadano con su sistema sanitario. 3.1.2. Mejorar la accesibilidad del usuario a la atención urgente. 3.2.1. Estructura sanitaria homogénea, con profesionales bien formados. 3.2.2. Optimizar los recursos existentes en cada zona básica de salud. 3.3.1. Mejorar la atención urgente en los diferentes ámbitos asistenciales. 3.3.2. Disminuir la morbi- mortalidad en la asistencia urgente. 3.3.3. Aumentar la capacidad de resolución de la atención urgente en atención primaria. 3.3.4. Disminuir la presión asistencial hospitalaria. 3.3.5. Mejorar el drenaje de los S. U., adecuando la red de transporte sanitario. 3.3.6. Colaborar en la eficiencia y sostenibilidad de la sanidad pública.	B.- SERVICIO DE URGENCIAS CANARIO	Optimizar el funcionamiento de los Centros Coordinadores de Urgencias y Emergencias.	Septiembre 2016 Junio 2017	Gerencia y Direcciones Territoriales GSC	2018
			Normalizar la recogida de datos del transporte sanitario urgente.	2017	Gerencia y Direcciones Territoriales GSC	2018
			Revisar la red de transporte urgente, en consonancia con la Carta de Servicios del SUC.	2017	Coordinador PLUSCAN Urgente Gerencia y Direcciones Territoriales de GSC	2018
			Habilitar las dos bases de helicópteros con funcionamiento 24horas.	2017	Gerencia y Direcciones Territoriales GSC	
			Revisar la red de transporte sanitario no urgente, permitiendo el drenaje de las altas desde urgencias y la hospitalización, estableciendo tiempos de respuesta < 3 horas.	Enero - Junio 2017	Gerencia y Direcciones territoriales GSC	jun-17
			Normalización y evaluación en el funcionamiento del Código Ictus.	2017	DGPPA Gerencia y Direcciones Territoriales GSC	2018
			Colaborar en los Planes de Contingencia para periodos de alta frecuentación.	Septiembre - Diciembre 2016	Coordinador PLUSCAN Gerencia y Direcciones Territoriales de GSC	2017
			Elaborar un plan de actualización y mejora de las helisuperficies y helipuertos en las islas.	2017	Gerencia y Direcciones Territoriales GSC	2018
			Reactivar el PLESCAN, enmarcado en el Plan Territorial de Emergencias de Canarias (PLATECA).	2017	Gerencia y Direcciones Territoriales GSC	2018
			Integración del SUC en el nuevo modelo de atención a las urgencias.	2017	Gerencia y Direcciones Territoriales GSC	2018

Plan de Urgencias Sanitarias de Canarias.

ESTRATEGICAS BÁSICAS	OBJETIVOS	PROPUESTAS	ACCIONES	Inicio - Fin	RESPONSABLES	EVALUACIÓN
3.1 LAS PERSONAS EN EL CENTRO DEL SISTEMA		5.2 MEJORA DE PROCEDIMIENTOS ORGANIZATIVOS.				
			Disponer de cartera de servicios de cada centro.	Sept 2016-En 2017	DGPPAA, Gerencias Hospitalarias, Coordinadora Pluscan	2018
3.3 REORDENACIÓN DEL MARCO ORGANIZATIVO Y FUNCIONAL DEL SISTEMA DE URGENCIAS	3.1.1 Aumentar la satisfacción del ciudadano con su sistema sanitario. 3.1.2. Mejorar la accesibilidad del usuario a la atención urgente. 3.2.1. Estructura sanitaria homogénea, con profesionales bien formados. 3.2.2. Optimizar los recursos existentes en cada zona básica de salud. 3.3.1. Mejorar la atención urgente en los diferentes ámbitos asistenciales. 3.3.2. Disminuir la morbi-mortalidad en la asistencia urgente. 3.3.3. Aumentar la capacidad de resolución de la atención urgente en atención primaria. 3.3.4. Disminuir la presión asistencial hospitalaria. 3.3.5. Mejorar el drenaje de los S. U., adecuando la red de transporte sanitario. 3.3.6. Colaborar en la eficiencia y sostenibilidad de la sanidad pública.	C. ATENCIÓN HOSPITALARIA	Elaboración de protocolos de actuación, procedimientos y planes formativos conjuntos de manejo de patologías específicas y frecuentes en los servicios de urgencias.	2017	DGPPAA, Gerencias Hospitalarias, Coordinadora Pluscan	2018
			Normalización y evaluación del funcionamiento del Código Ictus.	2017	DGPPAA, Gerencias Hospitalarias, Coordinadora Pluscan Direcciones Territoriales SUC	2018
			Implantar Código Sepsis, Código Infarto, Código Trauma.	2017-2018	DGPPAA, Gerencias Hospitalarias, Coordinadora Pluscan Direcciones Territoriales SUC, J.Sº Urgencias	2018-2019
			Completar la implantación del triage avanzado e informatizado.	2017	DGPPAA, Gerencias Hospitalarias, Direcciones de Enfermería, Responsable de Sistema de Información	2018
			Elaboración de Planes Funcionales de los servicios de urgencias.	2017	DGPPAA, Gerencias Hospitalarias, J.Sº Urgencias	2018
			Elaborar Planes de Contingencia para periodos de alta frecuentación	Sept - Dic 2016	DGPPAA, Gerencias Hospitalarias, Direcciones Médicas, J.Sº Urgencias	2017
			Mejora en los tiempos de atención a las urgencias no vitales y atención inmediata a las urgencias vitales o emergencias.	2017	DGPPAA Gerencias Hospitalarias, Direcciones Médicas, J.Sº Urgencias	2018
			Establecimiento de estándares de tiempos máximos para asistencia y alta en patologías banales (prioridades 4 y 5; máximo 4 horas), tiempo máximo hasta ingreso en Hospital (12horas), estancia en áreas de Observación (24 horas).	2017	DGPPAA J.Sº Urgencias, Direcciones Médicas, Gerencias Hospitalarias	2018
			Adecuar las Áreas de Observación de los S. U. a la demanda.	2017	DGPPAA Gerencias de Hospitalarias, Direcciones Médicas, J.Sº Urgencias	2018
			Elaborar procedimientos específicos de relación y coordinación con los servicios de apoyo al diagnóstico y los especialistas consultores, estableciendo acuerdos en las indicaciones de exploraciones urgentes, así como en los tiempos de respuesta.	Sept-Dic 2016	DGPPAA J.Sº Urgencias, Direcciones Médicas, Gerencias Hospitalarias	2017
			Creación y desarrollo de las unidades de transición.	Sept 2016-Jun 2017	DGPPAA Gerencias Hospitalarias	2018
			Creación de consultas rápidas de y circuito diferenciado para los procesos banales.	2017	DGPPAA Gerencias Hospitalarias	2018
			Mejora de la información a Pacientes y Familiares, implantando el consentimiento informado.	2017	DGPPAA Direcciones Médicas, Gerencias Hospitalarias, J.Sº Urgencias	2018
			Completar la informatización de los servicios de urgencias hospitalarias.	Sept 2016-Jun 2017	DGPPAA Gerencias Hospitalarias	2018
			Establecer criterios de ingreso consensuados con las diferentes especialidades - demora máxima permisible < 24 horas.	Sept 2016-Jun 2017	DGPPAA Gerencias Hospitalarias	2018
			Elaborar un Plan de disponibilidad de camas hospitalarias.	Sept 2016-Jun 2017	DGPPAA Direcciones Médicas, Gerencias de Hospitales	2018
			Potenciar medidas alternativas a la hospitalización convencional.	2017-2018	DGPPAA Direcciones Médicas, Gerencias Hospitalarias	2018
			Compromiso con las Direcciones de Área de Salud en el drenaje de los SUH.	2017	DGPPAA Direcciones de Áreas de Salud, Gerencias Hospitalarias	2018
			Creación en los hospitales de consultas de alta resolución, de referencia para urgencias.	2017	DGPPAA Direcciones Médicas, Gerencias Hospitalarias, Gerencias de S.S.	2018
			Normalización de la estructura organizativa jerarquizada de la atención urgente.	2017	DGPPAA Dirección del SCS, Gerencias hospitalarias	2019
Disponer de mapas de procesos, de procedimientos normalizados, de protocolos, guías o vías clínicas.	2017-2018	DGPPAA Gerencias Hospitalarias, J.Sº Urgencias Coordinador PLUSCAN	2019			
Colectivos Vulnerables: Desarrollar programas de identificación temprana. Elaborar circuitos prioritarios y diferenciados.	2017-2018	DGPPAA Dirección del SCS, J. Sº Atención Urgente, Gerencias hospitalarias	2017-2018			
Potenciar los Centros Especializados de Atención Urgente.	En 2017-Jul 2019	DGPPAA Dirección del SCS, J.Sº Atención Urgente, Gerencias hospitalarias	Anual			

Plan de Urgencias Sanitarias de Canarias.

ESTRATÉGICAS BÁSICAS	OBJETIVOS	PROPUESTAS	ACCIONES	Inicio - Fin	RESPONSABLES	EVALUACIÓN
3.1 LAS PERSONAS COMO CENTRO DEL SISTEMA						
3.2. LOS PROFESIONALES COMO PRINCIPALES ACTORES DEL SISTEMA DE URGENCIAS	3.1.1 Aumentar la satisfacción del ciudadano con su sistema sanitario. 3.1.2. Mejorar la accesibilidad del usuario a la atención urgente. 3.2.2. Optimizar los recursos existentes en cada zona básica de salud. 3.3.1. Mejorar la atención urgente en los diferentes ámbito asistenciales.	6. INFRAESTRUCTURAS Y EQUIPAMIENTO.	Revisar y elaborar un plan de reforma de las estructuras físicas, dotación y reposición de recursos materiales.	2016 - 2017	Dirección del SCS DGRREE Coordinador PLUSCAN Gerencias Hospitalarias y AP	2017
			Dotación a los centros de recursos diagnósticos homogéneos y suficientes	2016 - 2018	Coordinador PLUSCAN Gerencias Hospitalarias y AP	Anual
			Dotar de POCT a centros con más de 25.000 urgencias y centros cuya lejanía así lo requieran.	2016 - 2018	Coordinador PLUSCAN Gerencias AP y Hospitalarias	Anual
			Reforma de los espacios físicos y arquitectónicos de los S.U.	2017- 2019	Secretaría General Técnica DGRREE DGPPAA Coordinador PLUSCAN Gerencias AP y Hospitalarias	Anual
			Implantar en los S.U. sistemas de telemedicina y transmisión de imágenes.	2016 - 2018	Área de Sistemas Electromédicos y de Información (SCS) Gerencias AP y Hospitalarias	2019
			Adecuación de helisuperficies cercanas a los centros de salud.	2016 - 2018	Coordinador PLUSCAN Direcciones Territoriales GSC	Anual
			En los centros de nueva construcción se contemplará la instalación de equipos de diagnóstico por la imagen .	2016 - 2019	Servicio de Infraestructuras Coordinación de obras	Anual

ESTRATÉGICAS BÁSICAS	OBJETIVOS	PROPUESTAS	ACCIONES	Inicio - Fin	RESPONSABLES	EVALUACIÓN
3.4. FORTALECIMIENTO DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE URGENCIAS	3.4.1. Potenciar el acceso universal a la historia de salud en la CCAA.		Promover la adecuada cumplimentación de la historia clínica digital.	2016 - 2017	Dirección del SCS DGPPAA Coordinador PLUSCAN	2018
			Implantación de un sistema de triage normalizado y unificado.	2017	Gerencias de A.P., Hospitales y S.S. Coordinador PLUSCAN	2018
			Desarrollar un sistema de información de urgencias integrado adecuado, operativo y eficiente.	2018	Gerencia de A.P., Hospitales y S.S. J.Sº Urgencias, Coordinador PLUSCAN	2019

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.

Plan de Urgencias Sanitarias de Canarias.

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. N° 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.

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.

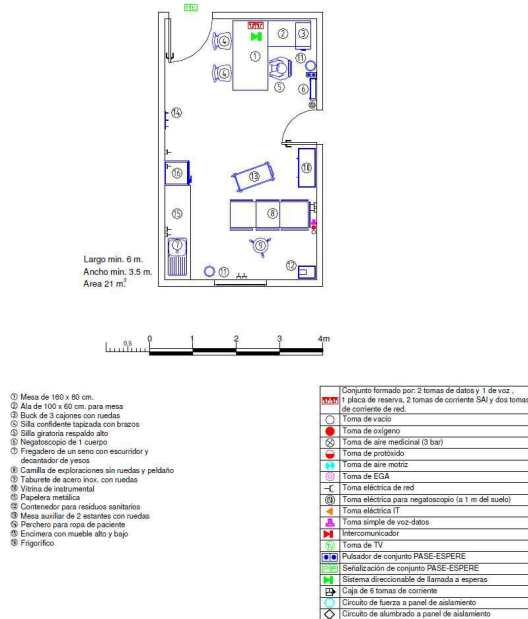
6. Pico de carga de trabajo por turno en la consulta rápida (pdct_{rápida}): es el 75% del PDCT_{rápida}, ya que el 75% de los pacientes subsidiarios de asistencia en esta consulta tienden a llegar durante el turno del día en que más pacientes se asisten (turno pico).

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 portasueros de anclaje al techo y sistema de iluminación individualizado e independiente de la iluminación central del área. En al menos el 50% de los puestos se permitirá la monitorización electrocardiográfica, tensión arterial no invasiva, pulsioximetría y capnografía. Todas las camas deben ser articuladas electrónicamente y contar con barandillas de seguridad.

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

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

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

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

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

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

La adecuación del número de puestos en el área de observación puede valorarse siguiendo la fórmula propuesta por el American College of 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 portaseros 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
Auxiliar 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.