



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

Trabajo Fin de Máster

Memoria de Gestión de Servicio de Urgencias Hospitalario

Presentado por: *Pedro Alarcón Martínez,*
DNI 29.040.124W

Asesorado por: *Mercedes Guilabert Mora.*

Ciudad:*Murcia*

Fecha:*10/02/2017*

Contenido

1.- Propósito del documento:	4
2.- Marco general y características del sistema sanitario donde se localiza la Unidad de Gestión Clínica.....	4
3.- Análisis estratégico.....	7
3.1.- Análisis externo:	7
3.1.1.- Datos demográficos:	7
3.1.2.- Recursos sanitarios del Área:	8
3.1.2.1.- Atención Especializada.....	8
3.1.2.2.- Atención Primaria.....	11
3.1.2.3.- Otros recursos sanitarios en el Área IV:	18
3.1.2.4.- Recursos sociales disponibles en el Área de Salud	19
3.1.3.- Misión, visión y valores de la Gerencia del Área IV:	21
3.1.4.- Plan de Salud Regional y acuerdo de Gestión del Área:.....	23
3.1.5.- Datos de actividad del Hospital en los últimos 5 años.	24
3.1.5.1.- Datos de hospitalización:.....	24
3.1.5.2.- Datos de Consultas Externas.....	24
3.1.5.3.- Datos de exploraciones radiológicas (excluyendo radiología convencional)	24
3.1.5.4.- Datos del Área Quirúrgica:	25
3.1.5.5.- Lista de espera quirúrgica	25
3.1.5.6.- Datos de actividad del Hospital de día Médico.....	25
3.1.6.- Conclusiones sobre el análisis externo.	26
3.2.- Análisis interno.....	29
3.2.1.- Localización, estructura funcional y recursos materiales disponibles.	29
3.2.2.- Recursos humanos:	32
3.2.3.- Cartera de Servicios:.....	34
3.2.4.- Análisis de los datos de funcionamiento en los últimos 5 años.	35
3.2.4.1.- Clasificación inicial de pacientes	36
3.2.4.2.- Destino al alta de los pacientes.	37
3.2.4.3.- Responsable del destino al alta.	38
3.2.4.4.- Datos de frecuentación.....	39
3.2.5.- Conclusiones del análisis interno.....	43
3.3.- Matriz DAFO/CAME.	46

4.- Plan de actuación para el Servicio de Urgencias del Hospital Comarcal del Noroeste de la Región de Murcia.	48
4.1.- Misión.	48
4.2.- Líneas estratégicas y factores clave de éxito.	49
4.2.1.- Implantación del Proceso de Urgencias.....	49
4.2.2.- Disminución de la variabilidad clínica en procesos asistenciales clave.	50
4.3.- Objetivos asistenciales, financieros y de sostenibilidad.....	51
4.4.- Mapa de procesos del Servicio.	52
4.5.- Calidad y seguridad del paciente.	53
4.6.- Atención centrada en el paciente.....	54
4.7.- Guías clínicas y rutas asistenciales para una atención integrada.	55
4.8.- Gestión del conocimiento y e innovación. Actividad investigadora.....	56
4.9.- Cuadro de Mando.....	58
Bibliografía.	63
Índice de figuras	65
Índice de tablas.	65
Índice de gráficos.	66

1.- Propósito del documento:

El propósito del presente documento es la exposición de la memoria realizada para concursar a la plaza de Jefe de Servicio del Servicio de Urgencias del Hospital Comarcal del Noroeste de la Región de Murcia.

Se realizará una descripción del marco general y características del sistema sanitario donde se enmarca el Servicio, un análisis estratégico del mismo, así como un plan de actuación para la gestión del Servicio.

2.- Marco general y características del sistema sanitario donde se localiza la Unidad de Gestión Clínica.

La Constitución Española de 1978¹ en su artículo 41, afirma que los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad; asimismo, en su artículo 43, reconoce el derecho a la protección de la salud, encomendando a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios

Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad² regula todas las acciones que permiten hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido por el artículo 43 de la Constitución Española de 1978 y concordantes. Para ello se propone la reforma de las estructuras sanitarias preexistentes (basadas en seguros sociales o modelo Bismarck), bajo la directriz de la creación de un Sistema Nacional de Salud (modelo Beveridge), que se concibe como el conjunto coordinado de los servicios de salud de la Administración del Estado y los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, que integra todas las funciones y prestaciones sanitarias.

Los componentes principales del Sistema Nacional de Salud son:

- Extensión de la cobertura sanitaria pública a toda la población (99.5%).
- Equidad en el acceso a las prestaciones y solidaridad en el mantenimiento del sistema.
- Financiación pública a través de los presupuestos del Estado, que asegura el derecho de todos a la protección de la salud.
- Coordinación e integración de todos los recursos sanitarios públicos en un dispositivo asistencial único, para asegurar un sistema coherente, armónico y eficaz.

En la presente Ley se establece, en su Capítulo III, como unidad fundamental del Sistema Nacional de Salud, el Área de Salud delimitada por factores geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, climatológicos

y de dotación de vías y medios de comunicación, así como de dotaciones sanitarias del área. Para su delimitación se establece el límite mínimo de un área por provincia y límites poblacionales que varían en función de otros factores (fundamentalmente de carácter geográfico, vías y medios de comunicación).

El Sistema Nacional de Salud se organiza en 2 niveles asistenciales:

- Atención Primaria, caracterizada por su facilidad de acceso, y en donde se llevan a cabo actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y está dotada de capacidad de resolución técnica para abordar los problemas de salud de alta prevalencia, cuya atención se presta en centros de salud, consultorios locales y domicilio del paciente.
- Atención Especializada, que cuenta con medios diagnósticos y terapéuticos de mayor complejidad y coste (aumentando la eficiencia si se concentran en un punto) y cuya atención se presta en centros de especialidades y hospitales, en régimen ambulatorio o de internamiento.

En su artículo 65 la Ley General de Sanidad establece que cada Área de Salud estará vinculada o dispondrá, al menos, de un hospital general, con los servicios que aconseje la población a asistir, la estructura de esta y los problemas de salud.

La descentralización y transferencia de competencias de sanidad a las Comunidades Autónomas se fue haciendo de forma paulatina comenzando con la Comunidad Autónoma de Cataluña con el Real Decreto 1517/1981³, finalizando el proceso a nivel nacional en Diciembre de 2001, en concreto para la Región de Murcia con el Real Decreto 1474/2001⁴, de 27 de Diciembre, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud.

Finalmente la Ley 16/2003, de 28 de Mayo, de Cohesión y Calidad del Servicio Nacional de Salud⁵: regula las prestaciones y cartera de servicios así como las garantías de seguridad, calidad, accesibilidad, movilidad y tiempo en el acceso a las prestaciones; reordena el ejercicio de las competencias que en exclusiva corresponden al Estado; define los principios referidos a la planificación y formación de los profesionales de la sanidad, así como al desarrollo y a la carrera profesional y a la movilidad dentro del Sistema Nacional de Salud y establece el principio de que la innovación de base científica es esencial para el desarrollo de los servicios sanitarios y, en definitiva, para la efectiva protección de la salud de los ciudadanos.

Es de especial interés, para el desarrollo del trabajo que nos ocupa, destacar la creación específica de la categoría profesional de médico de urgencias hospitalarias que tuvo lugar mediante el Real Decreto 866/2001, de 20 de julio, por el que se crean

las categorías y modalidades de médicos de urgencia hospitalaria y de médicos de admisión y documentación clínica en el ámbito de las instituciones sanitarias del INSALUD⁶. En este Real Decreto se establecen las funciones específicas del médico de urgencias hospitalarias, que paso a relatar textualmente, y que constituyen la esencia de la labor a desarrollar en el tipo de Servicio a cuya jefatura se opta:

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

3.- Análisis estratégico.

En el marco de este desarrollo normativo expuesto en el punto anterior el Servicio de Urgencias Hospitalario a cuya jefatura se opta pertenece al Hospital Comarcal del Noroeste de la Región de Murcia, siendo este un centro de primer nivel asistencial y el Hospital de referencia del Área IV del Servicio Murciano de Salud que presta asistencia a una población aproximada de 75000 habitantes que pertenecen a 6 Zonas Básicas de Salud que conforman el Noroeste de la Región de Murcia, además es el Hospital de primera asistencia para algunos municipios de provincias limítrofes que por cuestiones geográficas tienen más fácil acceso a este Centro.

3.1.- Análisis externo:

3.1.1.- Datos demográficos:

El Hospital Comarcal del Noroeste de la Región de Murcia presta asistencia sanitaria a los municipios del Área IV de Salud de la Región de Murcia que son: Caravaca de la Cruz (sede del Hospital y de la Gerencia de Área), Cehegín, Bullas, Moratalla y Calasparra. Según datos del Instituto Nacional de Estadística⁷ correspondientes al Padrón del año 2015, la población de cada uno de los municipios es:

- Caravaca de la Cruz..... 25.851 habitantes.
- Cehegín.....15.794 habitantes.
- Bullas..... 11.753 habitantes.
- Moratalla..... 8.189 habitantes.
- Calasparra.....10.423 habitantes.



Figura 1: Delimitación geográfica del Área IV de Salud de la Región de Murcia⁸

Esto hace un total de 72.010 habitantes censados en el Área IV de la Región de Murcia.

Además a estos municipios hay que añadir la asistencia prestada (especialmente en el caso de Urgencias hospitalarias) a poblaciones de provincias limítrofes que por

razones geográficas tienen acceso más rápido al Hospital de Caravaca de la Cruz. Dentro de estas poblaciones están Nerpio y Socovos de la provincia de Albacete, María y la aldea de Topares (perteneciente al municipio de Vélez-Blanco) de la provincia de Almería. Según datos del padrón del año 2015 del Instituto Nacional de Estadística⁷ la población de estas localidades (no consta de la pedanía de Topares, incluida en la población de Vélez-Blanco) es:

- . Nerpio 1.362 habitantes.
- . Socovos..... 1.832 habitantes.
- . María..... 1.285 habitantes.

Lo que añade 4.479 habitantes más a la población susceptible de demandar asistencia sanitaria en nuestro Centro, elevando la cifra a 76.489 personas empadronadas en el área de influencia del Centro.

Por otro lado habría que tener en cuenta la población no censada constituida por inmigrantes, así como los aumentos de población que tiene lugar los fines de semana, ya la zona Noroeste de la Región de Murcia está situada en un importante enclave de turismo rural. Es difícil hacer una estimación numérica de la cuantía que supone esta población.

Finalmente hay aumentos puntuales de población como los que tiene lugar con motivo de las peregrinaciones al Santuario de la Vera Cruz de Caravaca y fiestas de carácter local con asistencia multitudinaria de otros lugares de dentro y fuera de la Región de Murcia como son los Caballos del Vino de Caravaca de la Cruz y los encierros de Moratalla y Calasparra, que hacen necesaria la planificación puntual de determinados refuerzos asistenciales en el Área de Salud.

3.1.2.- Recursos sanitarios del Área:

3.1.2.1.- Atención Especializada.

El Área IV de Salud de la Región de Murcia cuenta con un Hospital de Área de primer nivel asistencial situado en la localidad de Caravaca de la Cruz que ofrece los siguientes servicios:

- . Alergología: con consultas externas, hospitalización y guardia de presencia física solo cuando les corresponde en el conjunto de guardias de Medicina Interna.
- . Análisis Clínicos: que funciona como unidad central del área, con actividad presencial y programada los días laborales en horario de mañana y con un facultativo

de análisis clínicos de guardia localizada y actividad de laboratorio de urgencias las 24 horas.

- . Anestesiología: con consultas externas, actividad quirúrgica y reanimación postquirúrgica, gestión de Unidad del dolor y guardias médicas diarias con un anestesista de presencia física y otro localizado.

- . Aparado Digestivo: con actividad de consultas externas, hospitalización y realización de endoscopias y colonoscopias, así como guardia de presencia física solo cuando les corresponde en el conjunto de guardias de Medicina Interna

- . Cardiología: con actividad de consultas externas, hospitalización y guardia de presencia física solo cuando les corresponde en el conjunto de guardias de Medicina Interna, Dispone de Ergometría, Ecocardiografía y Holter.

- . Cirugía General y de Aparato Digestivo: con actividad de consultas externas, actividad quirúrgica y hospitalización, así como guardias médicas con un cirujano de presencia física y otro localizado.

- . Dermatología: con actividad de consultas externas y actividad quirúrgica.

- . Endocrinología: con actividad de consultas externas, hospitalización y guardia de presencia física solo cuando les corresponde en el conjunto de guardias de Medicina Interna.

- . Geriátría: con actividad de consultas externas, hospitalización y guardia de presencia física solo cuando les corresponde en el conjunto de guardias de Medicina Interna,

- . Ginecología y Obstetricia: con actividad de consultas externas, actividad quirúrgica y hospitalización, así como guardias médicas con un ginecólogo de presencia física y otro localizado. Cuenta con una consulta especializada en patología de suelo pélvico y una unidad de histeroscopias.

- . Medicina Interna: con actividad de consultas externas, hospitalización y guardia de presencia física solo cuando les corresponde en el conjunto de guardias de Medicina Interna.

- . Neumología: con actividad de consultas externas, hospitalización y guardia de presencia física solo cuando les corresponde en el conjunto de guardias de Medicina Interna. Consulta especializada de terapia respiratoria domiciliaria y ventilación mecánica no invasiva.

- . Neurología: con actividad de consultas externas, hospitalización y guardia de presencia física solo cuando les corresponde en el conjunto de guardias de Medicina Interna.

- . Oftalmología: con actividad de consultas externas, actividad quirúrgica y guardias médicas localizadas de lunes a jueves.

- . Otorrinolaringología: con actividad de consultas externas, actividad quirúrgica y guardias médicas localizadas los días de intervenciones quirúrgicas.
- . Pediatría: con actividad de consultas externas abarcando algunas de las subespecialidades de pediatría (Endocrinología, Nefrología, Digestivo), hospitalización y guardias médicas con un pediatra de presencia física.
- . Radiología: que funciona como unidad central del área, con actividad presencial y programada los días laborales en horario de mañana y con un radiólogo de guardia localizada y actividad de radiología de urgencias (incluye Ecografía y TAC) las 24 horas. Uno de los radiólogos realiza algunas técnicas de Radiología intervencionista.
- . Rehabilitación y Medicina Física: con actividad de consultas externas y respuesta a interconsultas realizadas para pacientes ingresados.
- . Reumatología: con actividad de consultas externas, hospitalización y guardia de presencia física solo cuando les corresponde en el conjunto de guardias de Medicina Interna,
- . Traumatología y Ortopedia: con actividad de consultas externas, actividad quirúrgica y hospitalización, así como guardias médicas con un traumatólogo de presencia física.
- . Urgencias Hospitalarias: con asistencia a la demanda urgente procedente tanto de dentro como de fuera del hospital con dos médicos de guardia de presencia física todos los días a los que se añade un equipo de médicos en jornadas de mañana y tarde que especificaremos más adelante.
- . Urología: con actividad de consultas externas, actividad quirúrgica y hospitalización, así como guardias médicas con un urólogo localizado (excepto viernes y sábados).

Las especialidades de Alergología, Aparato Digestivo, Cardiología, Endocrinología, Geriátría, Neumología, Neurología y Reumatología están incluidas funcionalmente dentro del Servicio de Medicina Interna y los diferentes especialistas realizan una guardia médica de presencia física cuando les corresponde dentro del conjunto de guardias de Medicina Interna (un facultativo por día).

Además el Hospital dispone de Servicio de Fisioterapia que funciona los días laborables en turno de mañana y tarde, una unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria y Hospital de Día Médico (ambas con funcionamiento los días laborables), así como Servicio de Farmacia Hospitalaria.

En cuanto a recursos estructurales (datos publicados en Murciasalud⁸), el hospital cuenta con:

Camas: 105 (lo que arroja una media de 1,46 camas por cada 1000 habitantes del Área, teniendo solo en cuenta a la población empadronada en el Área).

Quirófanos instalados en el hospital: 4

Locales de consultas externas: 23

Puestos hospital de día médico: 2

Puestos hospital de día oncohematológico: 1

En cuanto a equipamiento tecnológico (datos publicados en Murcia Salud⁸) el hospital cuenta con:

Ecógrafos (Radiodiagnóstico): 2

Ecógrafos (Otros servicios): 8

TC convencional: 1

Mamógrafos: 1

Salas de Rx: 3

Telemandos Rx: 1

Arco quirúrgico: 1

3.1.2.2.- Atención Primaria.

Las diferentes Zonas Básicas de Salud que componen el Área (Orden de 24 de Abril de 2009 de la Consejería de Sanidad y Consumo, por la que se establece el Mapa Sanitario de la Región de Murcia) ofrecen los siguientes servicios (datos de acceso público en Murciasalud):

- Zona Básica de Salud de Caravaca:

- Centro de Salud de Caravaca de la Cruz.

Horarios: 8:00-21:00 H (de Lunes a Viernes). Sábados de 8:00 a 15:00 horas.

Servicios que ofrece: Medicina de familia, Pediatría, Enfermería, Recogida de Muestras, Unidad de Salud Bucodental, Matrona, Unidad Ginecológica de Apoyo, Unidad de Apoyo de Fisioterapia de Atención Primaria (ubicada frente al Centro de Salud) y Trabajador Social.

Urgencias atendidas por el Servicio de Urgencias de Atención primaria de Caravaca de la Cruz dependiente funcionalmente de la Gerencia de Emergencias (061) de la Región de Murcia y no de la Gerencia del Área IV.



Figura 2: Zonas Básicas de Salud de Caravaca de la Cruz y Caravaca de la Cruz/ Barranda. (Disponible en: <http://www.regmurcia.com/servlet/s.SI?sit=a,74,c,567,m,2140>)

- Zona Básica de Salud de Caravaca/ Barranda:

- **Centro de Salud de Barranda:**

Horarios: 8:00-15:00 H de Lunes a Viernes.

Servicios que ofrece: Medicina de familia, Pediatría, Enfermería, Recogida de Muestras, Matrona y Trabajador Social

- **Consultorio de La Almudema:**

Horarios: Lunes y Miércoles de 10:35 a 11:50. Jueves de 09:00 a 11:00 y Viernes de 10:15 a 11:15 horas.

Servicios que ofrece: Medicina de familia, Enfermería, Matrona y Trabajador Social

- **Consultorio de Archivel:**

Horarios: Medicina de Familia De Lunes a Viernes de 09:30 a 13:00 horas. Pediatría Martes de 09:30 a 11:30 y Jueves de 11:00 a 13:00 horas. Enfermería Lunes, Miércoles y Viernes de 09:15 a 14:00 horas. Martes y Jueves de 09:15 a 13:00 horas.

- **Consultorio de Benablón:**

Horarios: 8:30-9:45 H. (Lunes, Miércoles y Viernes)

Servicios que ofrece: Medicina de familia, Enfermería, Matrona y Trabajador Social-

- **Consultorio de Caneja:**

Horarios: Medicina de Familia Martes de 13:00 a 14:00 horas. Jueves de 09:00 a 10:30 horas. Enfermería Lunes de 12:30 a 13 horas; Martes y Viernes de 11:15 a 11:45; Miércoles de 12:30 a 13:00 y Jueves de 09:45 a 11:00 horas.

- **Consultorio de El Moral:**

Horarios: Martes y Jueves 11:00-13:30 H.

Servicios que ofrece: Medicina de familia, Enfermería, Matrona y Trabajador Social.

- Consultorio de La Encarnación:

Horarios: 12:00-13:30 h. Medicina de Familia Lunes, Martes y Miércoles de 12:00 a 13:00 horas. Viernes de 12:00 a 13:30 horas

Servicios que ofrece: Medicina de familia, Enfermería, Matrona y Trabajador Social

- Consultorio de Los Prados:

Horarios: 11:00 a 12:00 horas. Medicina de Familia Jueves de 12:00 a 13:15 horas

Servicios que ofrece: Medicina de familia, Enfermería, Matrona y Trabajador Social.

- Consultorio de Los Royos:

Horarios: Lunes, Miércoles y Viernes de 11:00-13:30 h.

Servicios que ofrece: Medicina de familia y Enfermería.

- Consultorio de Navares,

Servicios que ofrece: Medicina de familia Lunes, Miércoles y Viernes de 09:00 a 10:15 horas. y Enfermería Lunes y Miércoles de 09:30 a 11:00 horas; Martes y Viernes de 12:30 a 13:00 horas; Jueves de 11:15 a 12:00.

- Consultorio de Pinilla:

Servicios que ofrece: Medicina de familia Martes de 10:30 a 12:00, Jueves de 11:00 a 12:00 y Viernes de 11:25 a 12:30 y Enfermería

- Consultorio de Singla:

Servicios que ofrece: Medicina de familia Lunes, Martes y Miércoles de 09:00 a 10:30 horas. Viernes de 09:00 a 10:10 horas Enfermería, Matrona y Trabajador Social

Para todos los Centros anteriores las Urgencias son cubiertas por Servicio de Urgencias de Atención Primaria de Caravaca de la Cruz dependiente funcionalmente de la Gerencia de Emergencias (061) de la Región de Murcia y no de la Gerencia del Área IV.

- Consultorio de Cañada de la Cruz (Punto de Especial Aislamiento): De Lunes a Viernes Atención en consulta de 08:00 a 15:30 horas. Sábados de 08:00 a 15:00 horas. Guardia de Atención Continuada presencial de Lunes a Jueves de 15:30 a 18:30 horas y localizada desde las 18:30 hasta las 08:00 horas del día siguiente. Los Viernes Guardia de Atención Continuada

presencial de 15:30 hasta las 22:00 horas y localizada desde las 22:00 horas hasta las 08:00 del Sábado. Los Sábados Guardia de Atención Continuada Presencial de 15:00 a las 22:00 horas y localizada desde las 22:00 hasta las 08:00 horas del Domingo. Domingos y Festivos: Guardia de Atención Continuada Presencial de 08:00 a las 22:00 horas y localizada desde las 22:00 hasta las 08:00 horas del día siguiente.

Servicios que ofrece: Medicina de familia, Enfermería y Toma de Muestras.

Otros datos de la Zona de Salud: Fisioterapia: Unidad de Fisioterapia de Caravaca de la Cruz; Salud Bucodental: Unidad de Salud Bucodental de Caravaca de la Cruz; Unidad Ginecológica de Apoyo: Unidad Ginecológica de Apoyo de Caravaca de la Cruz; Trabajador Social: Centro de Salud de Barranda; Matrón/a: Centro de Salud de Barranda;

- Zona Básica de Salud de Cehegín:

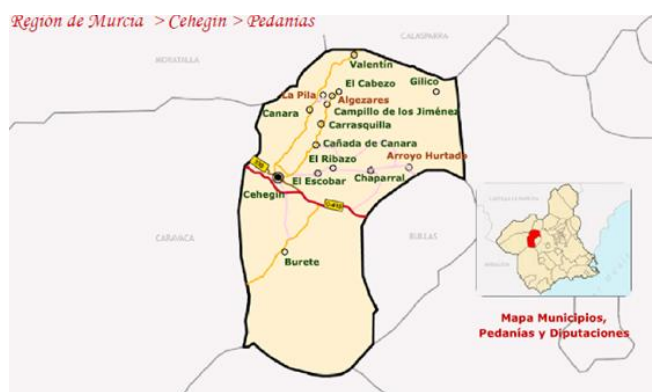


Figura 3: Zona Básica de Salud de Cehegín. (Disponible en: <http://www.regmurcia.com/servlet/s.SI?sit=a.76.c.567.m.2140>)

- **Centro de Salud de Cehegín:**

Horarios: De Lunes a Sábados de 8:00-15:00 H.

Servicios que ofrece: Medicina de familia, Pediatría, Enfermería, Fisioterapia, Recogida de Muestras, Unidad de Salud Bucodental, Matrona, Unidad Ginecológica de Apoyo (UGA) y Trabajador Social (estos cuatro últimos servicios atienden tanto al Centro de Salud base como a los pacientes de los consultorios)

- **Consultorio de Campillo de Los Jimenez:**

Servicios que ofrece: Medicina de familia Lunes y Miércoles de 12:00 a 14:00 horas y Enfermería.

- Consultorio de Canara:

Servicios que ofrece: Medicina de familia Lunes, Martes, Miércoles y Viernes de 09:30 a 11:30 horas y Enfermería.

- Consultorio de Cañada de Canara:

Servicios que ofrece: Medicina de familia Martes y Viernes de 12:00 a 14:00 horas y Enfermería.

- Consultorio de El Chaparral:

Servicios que ofrece: Medicina de familia Jueves de 09:00 a 14:00 horas y Enfermería

Las Urgencias de la Zona Básica de Salud son atendidas por el Servicio de Urgencias de Atención Primaria de Cehegín dependiente funcionalmente de la Gerencia de Emergencias (061) de la Región de Murcia y no de la Gerencia del Área IV.

- Zona Básica de Salud de Calasparra:



Figura 4: Zona Básica de Salud de Calasparra. (Disponible en: <http://www.regmurcia.com/servlet/s.SI?sit=a,72,c,567,m,2140>)

- Centro de Salud de Calasparra (Punto de Atención Continuada).

Horarios: Centro de Salud abierto de Lunes a Sábados de 08:00 a 15:00 horas. Punto de Atención Continuada (PAC)-Urgencias abierto de Lunes a Sábados de 15:00 horas hasta las 08:00 del día siguiente. Domingos y Festivos las 24 horas.

Servicios que ofrece: Medicina de familia, Pediatría, Enfermería, Recogida de Muestras, Fisioterapia, Unidad Ginecológica de Apoyo (UGA); Unidad de Salud Bucodental, Matrona y Trabajador Social (estos cuatro últimos servicios atienden a toda la Zona de Salud).

- Consultorio de Valentín:

Horarios: 8 a 13 horas de Lunes a Viernes

Servicios que ofrece: Medicina de familia, Enfermería y Recogida de Muestras.

Las Urgencias de la Zona Básica de Salud son atendidas por el propio Equipo de Atención Primaria al ser este un Punto de Atención Continuada y por tanto con dependencia funcional de la Gerencia del Área IV.

- **Zona Básica de Salud de Bullas:**

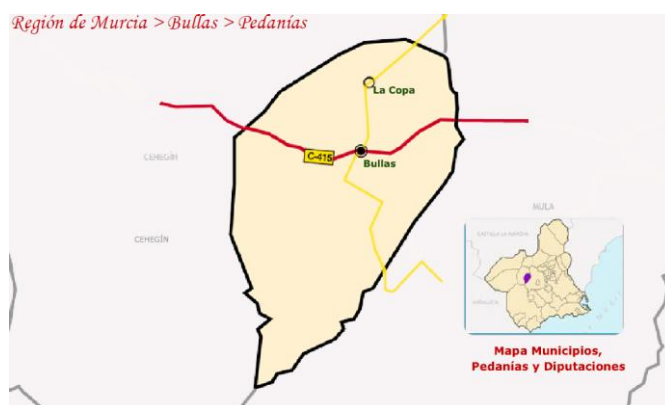


Figura 5: Zona Básica de Salud de Bullas. (Disponible en:

<http://www.regmurcia.com/servlet/s.SI?sit=a.71.c.567.m.2140>)

- Centro de Salud de Bullas “Dra. María Eugenia Moreno” (Punto de Atención Continuada).

Horarios: Centro de Salud abierto de Lunes a Sábados de 08:00 a 15:00 horas. Punto de Atención Continuada (PAC)-Urgencias abierto de Lunes a Sábados de 15:00 horas hasta las 08:00 del día siguiente. Domingos y Festivos las 24 horas.

Servicios que ofrece: Medicina de familia, Pediatría, Enfermería, Recogida de Muestras, Unidad Ginecológica de Apoyo (UGA); Matrona y Trabajador Social (estos tres últimos servicios atienden a toda la Zona de Salud).

- Consultorio de La Copa de Bullas.

Horarios: 8:00-14:00 h de lunes a viernes.

Servicios que ofrece: Medicina de familia, Enfermería, Matrona y Trabajador Social.

Las Urgencias de la Zona Básica de Salud son atendidas por el propio Equipo de Atención Primaria al ser este un Punto de Atención Continuada y por tanto con dependencia funcional de la Gerencia del Área IV.

Otros datos de la Zona de Salud: Fisioterapia: Unidad de Fisioterapia de Cehegín (los pacientes comparten este Servicio con otra Zona de la misma Área IV); Salud Bucodental: Unidad de Salud Bucodental de Mula (pertenece al Área I de Salud de la Región de Murcia)

- Zona Básica de Salud de Moratalla:

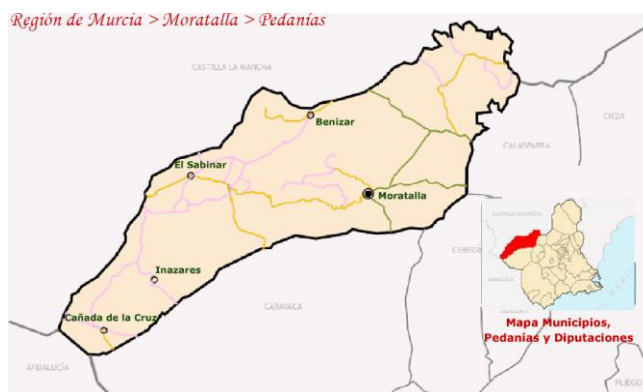


Figura 6: Zona Básica de Salud de Moratalla.(Disponible en: <http://www.regmurcia.com/servlet/s.SI?sit=a.85.c.567.m.2140>)

- Centro de Salud de Moratalla “Dr. Fernández Valero” (Punto de Atención Continuada).

Horarios: Centro de Salud abierto de Lunes a Sábados de 08:00 a 15:00 horas. Punto de Atención Continuada (PAC)-Urgencias abierto de Lunes a Sábados de 15:00 horas hasta las 08:00 del día siguiente. Domingos y Festivos las 24 horas.

Servicios que ofrece: Medicina de familia, Pediatría, Enfermería, Recogida de Muestras, Fisioterapia, Unidad Ginecológica de Apoyo (UGA); Unidad de Salud Bucodental, Matrona y Trabajador Social (estos últimos 4 servicios atienden a todos los pacientes de la Zona de Salud).

- **Consultorio de Benizar (Punto de Especial Aislamiento):**

Horarios: De Lunes a Viernes Atención en consulta de 08:00 a 15:30 horas. Guardia de Atención Continuada presencial de Lunes a Jueves de 15:30 a 18:30 horas y localizada desde las 18:30 hasta las 08:00 horas del día siguiente. Los Viernes Guardia de Atención Continuada presencial de 15:30 hasta las 22:00 horas y localizada desde las 22:00 horas hasta las 08:00 del Sábado. Sábados, Domingos y Festivos: Guardia de Atención

Continuada Presencial de 08:00 a las 22:00 horas y localizada desde las 22:00 hasta las 08:00 horas del día siguiente.

Servicios que ofrece: Medicina de familia, Enfermería y Recogida de Muestras.

- Consultorio de El Sabinar (Punto de Especial Aislamiento):

Atención Programada en consulta de Lunes a Viernes de 08:00 a 15:00 horas. Sábados de 08:00 a 15:00 horas. Guardia de Atención Continuada presencial de Lunes a Jueves de 15:00 a 18:00 horas y localizada desde las 18:00 hasta las 08:00 horas del día siguiente. Los Viernes Guardia de Atención Continuada presencial de 15:00 hasta las 22:00 horas y localizada desde las 22:00 horas hasta las 08:00 del Sábado. Los Sábados Guardia de Atención Continuada Presencial de 15:00 a las 22:00 horas y localizada desde las 22:00 hasta las 08:00 horas del Domingo. Domingos y Festivos: Guardia de Atención Continuada Presencial de 08:00 a las 22:00 horas y localizada desde las 22:00 hasta las 08:00 horas del día siguiente.

Servicios que ofrece: Medicina de familia, Enfermería y Recogida de Muestras.

Las Urgencias de la Zona Básica de Salud (salvo en los Puntos de Especial Aislamiento) son atendidas por el propio Equipo de Atención Primaria al ser este un Punto de Atención Continuada y por tanto con dependencia funcional de la Gerencia del Área IV.

Son servicios comunes a todas las Zonas de Salud del Área: Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria del Noroeste; -Radiología: Unidad de Radiología del Hospital Comarcal del Noroeste; Hospital de referencia: Hospital Comarcal del Noroeste; Salud Mental Adultos e Infantil: Centro de Salud Mental de Caravaca de la Cruz; Atención a Drogodependencias: Centro de Drogodependencias (CAD).

3.1.2.3.- Otros recursos sanitarios en el Área IV:

Además de los recursos sanitarios mencionados anteriormente pertenecientes en su mayoría a la Gerencia del Área IV (salvo los Servicios de Urgencia de Atención Primaria de Caravaca de la Cruz y Cehegín, dependientes de la Gerencia del 061), dentro del Área están ubicados los siguientes recursos sanitarios y socio-sanitarios:

- Unidad Móvil de Emergencias (UME) del 061 con ubicación física en dependencias anexas al Hospital y que da cobertura a todo el Área de Salud. Depende funcionalmente de la Gerencia del 061 y es un recurso que se activa mediante llamada telefónica al 112 a través del Centro de Coordinación de Emergencias de la Región de Murcia.
- Clínica del Dr. Bernal, situada en Caravaca de la Cruz, de carácter privado no benéfico, que ofrece 39 camas algunas de las cuales están concertadas con el Servicio Murciano de Salud para el ingreso de pacientes Geriátricos o de larga estancia (cuidados medios).
- Fundación Hospital Real Piedad, situada en Cehegín, de carácter privado-benéfico, que ofrece 80 camas algunas de las cuales están concertadas con el Servicio Murciano de Salud para el ingreso de pacientes Geriátricos o de larga estancia (cuidados medios).
- Residencia para mayores ILUNION “Virgen de la Esperanza”, situada en Calasparra que ofrece servicios de internamiento y de centro de día.
- Residencia de tercera edad Desamparados Santísima y Vera Cruz, localizada en Caravaca de la Cruz que ofrece servicios de internamiento para personas mayores.
- Empresa de Ambulancias Martínez-Robles que cuenta con la concesión para el transporte sanitario del Área.
- Asambleas locales de Cruz Roja y servicios municipales de Protección Civil que colaboran de forma puntual en la asistencia sanitaria extrahospitalaria, fundamentalmente aportando servicios de transporte sanitario.

3.1.2.4.- Recursos sociales disponibles en el Área de Salud.

En la página web del Instituto Murciano de Acción Social⁹ podemos acceder a los diferentes recursos sociales para prestar atención a personas con discapacidad, a personas con enfermedad mental crónica y a personas mayores.

Para ayuda a personas con discapacidad intelectual en el Área IV de Salud nos encontramos con: Asociación de Familias de personas con discapacidad intelectual del Noroeste, que presta apoyo y asesoramiento a familiares de pacientes con esta discapacidad.

Residencia NOVA con 10 plazas en Centro residencial.

Piso tutelado APCOM con 8 plazas en vivienda tutelada.

Centro de día con 104 plazas subvencionadas de centro de día.

Centro de Atención Temprana “AVANZA” con 50 plazas subvencionadas.

Para personas con enfermedad mental crónica no encontramos con: AFEMNOR. Asociación de familiares y personas con enfermedad mental del Noroeste. Encuadrada dentro de FEAFES: Federación Murciana de Asociaciones de Familiares y Enfermos mentales.

En los centros ocupacionales para personas con deficiencia intelectual se prestan los siguientes servicios:

- Especializados:
 - . Ocupacional: encaminado a la realización de actividades que puedan efectuar las personas con deficiencia intelectual, de acuerdo con sus características individuales.
 - . De desarrollo personal y social: Encaminado a la realización de actividades que tienen como objetivo procurar a la persona atendida la superación de sus discapacidades para una mayor autonomía personal e integración social.
 - . Atención especializada: encaminada a la realización de actividades de cuidados básicos adecuados a las necesidades específicas de cada persona.
- Complementarios: comedor, residencia y transporte.

Las residencias son centros comunitarios, abiertos y flexibles que proporcionan, con carácter temporal o indefinido, servicios de atención integral a personas con enfermedad mental crónica y a sus familias, con el fin de evitar situaciones de marginalización o abandono, mantener un adecuado nivel de autonomía personal y social y asegurar un nivel de vida digno y de calidad.

Las residencias para mayores ofrecen una vivienda permanente y atención integral a las personas mayores que, por su problemática de salud, familiar, social o económica, así como por limitaciones de su autonomía personal, no pueden ser atendidos en sus propios domicilios. Dentro de estas residencias se encuentran las residencias “Virgen de la Esperanza” de Calasparra y “Desamparados Santísima y Vera Cruz” de Caravaca citadas en un punto anterior.

Las viviendas tuteladas están insertas en el entorno social habitual del usuario.

Los programas más desarrollados en los centros de atención según las necesidades de la población de cada centro, son:

- . Programas de autonomía personal: Área de hábitos básicos, área motriz y área de estimulación sensorial.
- . Programas de autonomía social: programa de aprendizaje de habilidades de relación social, programa de limpieza y uso de los lugares que habita, programa de habilidades cognitivas, y programa de ocio y tiempo libre.

. Programas de comunicación alternativa o aumentativa, para personas con limitaciones expresivas.

. Programas ocupacionales: para conseguir las destrezas necesarias que mantengan las rutinas precisas para el desarrollo de actividades.

Los servicios de Centro de Día ofrecen una atención integral durante el periodo diurno a las personas en situación de dependencia. Cubren desde un enfoque biopsicosocial, las necesidades de asesoramiento, prevención, rehabilitación, orientación para la promoción de la autonomía, habilitación o atención asistencial y personal.

Además en la Región de Murcia hay más de 80 asociaciones de enfermos y familiares de enfermos, algunas de ámbito local, otras comarcales y otras de ámbito regional e incluso nacional, cuyo listado completo se puede consultar en Murciasalud¹⁰.

3.1.3.- Misión, visión y valores de la Gerencia del Área IV:

La Gerencia del Área IV de Servicio Murciano de Salud tiene publicados en su portal de internet¹¹ la misión, visión y valores estratégicos propuestos para el Área, que transcribo de forma literal:

Misión

El Área IV es una organización perteneciente al Servicio de Salud, cuya finalidad es la provisión de atención sanitaria a los ciudadanos de su área, así como al resto de ciudadanos en los servicios en los que es referencia.

Una atención orientada al paciente que comprende la asistencia sanitaria integral, de tipo preventivo, curativo, rehabilitador y de promoción de la salud, de calidad, humana, basada en conocimientos científico-técnicos actualizados y en las mejores evidencias disponibles, ejercida de forma efectiva y eficiente y que gestiona de forma racional y sostenible los recursos, teniendo en cuenta el medio ambiente.

Es una organización generadora de conocimiento, que ejerce la docencia pre y postgraduada, investiga y que integra los avances tecnológicos atendiendo en todo momento los requerimientos éticos y morales propios de la actividad y de la sociedad en su conjunto.

Con todo ello debe lograr satisfacer las expectativas de la población, asegurando la equidad y accesibilidad, lograr el bienestar y satisfacción de sus profesionales y contribuir a elevar el nivel de salud del Área.

Visión

El Área IV del Servicio Murciano de Salud pretende ser una organización sanitaria integrada en el entorno y en la sociedad, que aspira a alcanzar la excelencia:

- Prestando una atención continuada, integral, integrada, basada en la gestión de procesos y en la evidencia científica, personalizada y segura, efectiva y eficiente, respetando los valores éticos y la autonomía del paciente.
- Disponiendo de infraestructuras adecuadas a los requerimientos y prestaciones sanitarias, seguras, cómodas y saludables.
- Contando con personas formadas, cualificadas, competentes, reconocidos, motivados, comprometidos con la organización e individualmente satisfechos, en un clima laboral cordial y cooperante.
- Siendo un referente en la utilización de nuevas tecnologías sanitarias y de sistemas de información, innovadora y generadora de conocimiento.
- Fomentando las actividades de formación, docencia e investigación.
- Siendo líderes y referentes en nuestras prestaciones sanitarias, por su nivel de calidad y efectividad.
- Realizando una gestión eficiente de los recursos, con el medio ambiente que propicie el desarrollo sostenible de la asistencia sanitaria.
- Logrando el máximo nivel de salud de la población, fomentando la participación de los ciudadanos en las decisiones sobre su salud y su implicación en conseguirlo.

En definitiva convertirse en el área donde quisieran ser atendidos los usuarios y donde quisieran trabajar los profesionales del SMS.

Valores estratégicos.

Estos son los valores que han sido consensuados, priorizados y ordenados en función de su importancia, por el grupo de trabajo:

- El usuario como eje y centro de la organización.
- Competencia profesional.
- Responsabilidad en el uso de los recursos públicos.
- Humanización de la Organización.
- Trabajo en equipo.
- Justicia, equidad y accesibilidad.
- Compromiso con la calidad.
- Compromiso con la organización.
- Cuidando a los profesionales.

- Sostenibilidad.
- Gestión del conocimiento e innovación.
- Transparencia y comunicación.
- Participación en la toma de decisiones.
- Garante de la confidencialidad de la información.
- Compromiso con el medio ambiente.

3.1.4.- Plan de Salud Regional y acuerdo de Gestión del Área:

El último Plan de Salud publicado en la Región de Murcia¹² es el correspondiente al periodo 2010-2015, en el cual figuran algunos objetivos que atañen directamente a la actividad del Servicio de Urgencias Hospitalario como son:

- Reducir la demora de tiempo de atención en la fase aguda de cardiopatía isquémica e ictus, mediante la elaboración de protocolos de actuación común en toda la red asistencial urgente, EAP, SUAP, UME y servicios hospitalarios.
- Elaboración de protocolos de atención a los pacientes con ictus, según las recomendaciones de las guías clínicas.
- Diseño e implantación de protocolos y vías clínicas para el abordaje del EPOC y asma de una forma integral que garantice la continuidad de cuidados.
- Con respecto a la diabetes: Implantar protocolos y vías clínicas para un abordaje integrado de la enfermedad entre Atención Primaria y Atención Especializada, reduciendo la variabilidad de la práctica clínica e implicando al paciente en el manejo de su enfermedad.
- Reducir la frecuentación de Urgencias a menos de 500/1000 habitantes. De todos estos puntos es importante tener en cuenta que el objetivo para el año 2015 es 100% de Centros de Salud y Hospitales con protocolo de atención al ictus y a la cardiopatía isquémica implantados.

Más adelante en el análisis interno veremos si se han cumplido estos objetivos en Área de Salud de que nos ocupamos en la presente memoria.

En cuanto a acuerdo de Gestión el último acuerdo disponible de forma pública en la intranet del Área es el acuerdo de gestión 2013-2015¹³, en el cual no figura ninguna línea estratégica específica referida al área de Urgencias Hospitalarias aunque si pueden afectar a este servicio las medidas reflejadas en las líneas de medidas de ahorro de gasto de personal con reducción de sustituciones en puestos no críticos (fijándose como objetivo alcanzar un 30% menos de sustituciones que en el año

2012), actuación sobre el plan de vacaciones, revisar la situación de personal eventual y eliminación de algunas guardias localizadas.

3.1.5.- Datos de actividad del Hospital en los últimos 5 años.

Se ha solicitado a la Dirección del Hospital, a través de la Comisión de docencia del Área, los datos de actividad del Centro en los últimos 5 años, los cuales son han sido facilitados y son mostrados a continuación:

3.1.1.5.- Datos de hospitalización:

Año	Altas	Est Media	Peso medio de GRD
2011	4.528	6,19	0,89
2012	4.579	5,84	0,80
2013	4.616	5,60	0,80
2014	4.800	5,61	0,80
2015	4.680	5,82	0,81

Tabla 1. Datos de hospitalización Hospital Comarcal del Noroeste de la Región de Murcia 2011-2015 (datos aportados por la dirección del Centro).

3.1.5.2.- Datos de Consultas Externas

Año	Primeras visitas	Total consultas
2011	53.362	137.296
2012	54.408	139.519
2013	52.505	138.327
2014	48.375	135.381
2015	49.941	136.380
Total	259.132	686.903

Tabla 2. Datos frecuentación absolutos en Consultas Externas Hospital Comarcal del Noroeste de la Región de Murcia 2011-2015 (datos aportados por la dirección del Centro).

3.1.5.3.- Datos de exploraciones radiológicas (excluyendo radiología convencional)

Año	Agrupación SIAE	Total Activ propio centro	Actividad Centro concertado
2011	TAC	8.060	379
2012	TAC	8.203	429
2013	TAC	7.659	436
2014	TAC	7.406	432
2015	TAC	6.627	442

Año	Agrupación SIAE	Total Activ propio centro	Actividad Centro concertado
2011	Ecografía	11.619	1.876
2012	Ecografía	9.483	3.001
2013	Ecografía	7.659	3.322
2014	Ecografía	6.206	5.079
2015	Ecografía	6.142	5.242

Año	Agrupación SIAE		Actividad Centro concertado
2011	RNM		6.244
2012	RNM		5.829
2013	RNM		6.229
2014	RNM		7.109
2015	RNM		7.404

Tabla 3. Datos de exploraciones TAC. Ecografía y RMN realizadas en el Área IV del Servicio Murciano de Salud 2011-2015 (datos aportados por la dirección del Centro).

3.1.5.4.- Datos del Área Quirúrgica:

Año Interv	Interv programada con hospitalización	Interv urgente con hospitalización	Int.Programada./CMA	Int.Urgente /CMA
2011	952	548	1567	29
2012	945	487	1489	31
2013	1073	229	1789	22
2014	1053	143	1804	15
2015	1063	483	1762	22

Tabla 4. Datos de actividad quirúrgica Hospital Comarcal del Noroeste de la Región de Murcia 2011-2015 (datos aportados por la dirección del Centro).

3.1.5.5.- Lista de espera quirúrgica

Año	Demora media	Demora max
2011	98,46	794
2012	118,12	788
2013	138,57	617
2014	124,43	455
2015	125,68	387

Tabla 5. Datos de lista de espera quirúrgica Hospital Comarcal del Noroeste de la Región de Murcia 2011-2015 (datos aportados por la dirección del Centro).

3.1.5.6.- Datos de actividad del Hospital de día Medico.

Año	Nº de tratamientos médicos
2011	4.164
2012	4.065
2013	2.696
2014	2.269
2015	1.913

Tabla 6. Datos de actividad del Hospital de día Medico Hospital Comarcal del Noroeste de la Región de Murcia 2011-2015 (datos aportados por la dirección del Centro).

3.1.6.- Conclusiones sobre el análisis externo.

1.- Desde el punto de vista de Atención Especializada el Hospital Comarcal del Noroeste de la Región de Murcia es un hospital de primer nivel asistencial por lo que carece de dispositivos asistenciales como una Unidad de Cuidados Intensivos, debiendo trasladar a los pacientes que precisen ingreso en dicha unidad al Hospital Virgen de la Arrixaca de Murcia que es el Hospital del Área I de Salud y centro de referencia regional para algunas especialidades como Neurocirugía o Hemodinámica Cardíaca.

Esto repercute en el Servicio de Urgencias Hospitalario desde el punto de vista de la estabilización de pacientes críticos y gestión del traslado, para lo cual se hacen necesarios protocolos de derivación consensuados y colaboración con las unidades encargadas del transporte interhospitalario que dependen funcionalmente de la Gerencia de Emergencias del 061 de la Región de Murcia.

2.- Desde este mismo punto de vista de asistencia especializada la inexistencia de guardias de presencia física de determinadas especialidades en nuestro Centro como por ejemplo Cardiología (asistencia al síndrome coronario agudo) , Neurología (asistencia urgente al ictus) , Nefrología (asistencia al enfermo renal crónico que precisa hemodiálisis) , Aparato Digestivo (realización de endoscopias urgentes) hacen necesaria la creación de unos protocolos de consulta y derivación hacia el hospital de referencia (Virgen de la Arrixaca) de los pacientes que precisen de dichas especialidades.

3.- La inexistencia de Unidad de Psiquiatría en el Hospital Comarcal del Noroeste hace necesaria la derivación de todo paciente que precise valoración psiquiátrica urgente al Hospital Psiquiátrico Román Alberca situado en la localidad de El Palmar (que es el Hospital Psiquiátrico de referencia de nuestro Centro).

4.- Teniendo en cuenta la población empadronada en el área, los datos publicados en Murcia Salud sobre los recursos del Hospital y los indicadores clave del Sistema Nacional de Salud publicados correspondientes al año 2014:

El número de 1,46 camas por 1000 habitantes es claramente inferior al número de camas medio de la Región de Murcia (3,2 camas por 1000 habitantes) y a la media nacional (2,97 camas por mil habitantes).

El número de puestos de Hospital de Día (0,04 puestos por cada 1000 habitantes) también es claramente inferior tanto a la media regional (0,31 puestos por 1000 habitantes) y la media nacional (0,41 puestos por cada 1000 habitantes).

El número de quirófanos de 5,55 por cada 100000 habitantes es igualmente inferior a la media regional (9,84 quirófanos por 100000 habitantes) y a la nacional (9,37 quirófanos por 100000 habitantes).

Menor es la brecha existente en cuanto a la disponibilidad de TAC ya que en área IV la cifra es de 1,39 por cada 100000 habitantes, mientras que la media regional es de 1,64 por 100000 habitantes y la nacional 1,61 por 100000 habitantes, aunque se mantiene la constante de estar por debajo de la media.

Si bien es cierto que el Área IV carece de determinados servicios que son prestados en otras áreas (habitualmente Área I de Salud) y podría justificar en cierta medida un menor número de recursos propios, estas cifras nos deben mantener alerta sobre una falta de medios en comparación con nuestro entorno lo que puede repercutir de forma negativa en todos los niveles asistenciales.

5.- Existe una gran dispersión geográfica en el área dándose la existencia de determinados puntos asistenciales con atención presencial solo en determinados tramos horarios debiendo desplazarse los usuarios para recibir atención sanitaria urgente, lo que puede ocasionar que una vez que deciden el desplazamiento lo hagan hacia el Servicio de Urgencias del Hospital por considerar este de forma subjetiva el dispositivo asistencial más completo para cubrir sus demandas.

Además dicha dispersión y la existencia de puntos de especial aislamiento en el área, así como la asistencia a paciente de provincias limítrofes condiciona que algunos pacientes que acuden al Servicio de Urgencias Hospitalario permanezcan en Observación en Urgencias en lugar de dar un alta a domicilio condicionada a un retorno en caso de empeoramiento de la clínica.

6.- La atención a las Urgencias Extrahospitalarias se hace por parte de diferentes dispositivos asistenciales, unos de ellos dependientes de la propia Gerencia del Área y otros dependientes de la Gerencia de Emergencias del 061 por lo que se hace indispensable una coordinación de estos dispositivos con el Servicio de Urgencias Hospitalario que va a recibir a los pacientes derivados desde los mismos.

7.- La derivación de pacientes crónicos o con necesidades de residencia a otros centros sanitarios o socio sanitarios del área se realiza a través de la trabajadora

social del hospital, por lo que se hace preciso la colaboración con la misma desde el Servicio de Urgencias Hospitalario en determinados casos.

8.- La misión, visión y valores expresados por la Gerencia del Área son acordes a los propósitos del Sistema Nacional de Salud y el Servicio de Urgencias Hospitalario ha de estar en consonancia con los mismos.

9.- Dentro del último Plan de Salud Regional hay puntos estratégicos que atañen al Servicio de Urgencias Hospitalario y se debe hacer un esfuerzo por el cumplimiento de los objetivos planteados, fundamentalmente en lo referido a la elaboración de protocolos para atención al ictus y a la cardiopatía isquémica.

En el último acuerdo de gestión publicado por la Gerencia de Área en su intranet aparece una línea estratégica que afecta a la gestión de los recursos humanos, que debe ser tomada en cuenta a la hora de planificar el Servicio de Urgencias Hospitalario.

10.- Desde el punto de vista de la actividad del Hospital en los últimos 5 años el número de altas se ha mantenido estable en torno a 4600 altas/año con una estancia media y peso medio de GRD igualmente estable (en torno a 5.80 días y 0.80 de peso respectivamente).

Esto supone unas 60.52 altas por 1000 habitantes durante el periodo lo que muestra una diferencia con los valores registrados de media para los hospitales públicos del Región de Murcia (80.53 altas por 1000 habitantes en 2011 con incremento hasta 83.73 altas por 1000 habitantes en 2014), según datos obtenidos del Portal Estadístico del SNS¹⁵.

La estancia media en la Región de Murcia varía de 6.93 días en 2011 a 6.47 días en 2014 y los pesos medios de 0.97 en 2011 a 0.96 en 2014, según datos del Portal Estadístico del SNS¹⁵.

En resumen el número de altas por 1000 habitantes es menor que la registrada para los hospitales públicos de la Región de Murcia en el periodo estudiado, con una estancia media y peso medio de los pacientes inferiores a la media regional.

La actividad de consultas externas se mantiene estable en torno a las 137000 consultas año a lo largo del quinquenio estudiado.

11.- Respecto a la realización de exploraciones complementarias llama la atención en gran aumento de derivaciones de Ecografías a centros concertados, que ha pasado del 13.9% en 2011 al 46.05% en 2015, también se ha incrementado el número de TAC derivados, pasando del 4.49% en 2011 al 6.15% en 2015. Llama la atención además

que el número de exploraciones solicitadas con RMN (todas realizadas en Centros concertados) supera en 2015 al número total de TAC realizados.

12.- En cuanto al área quirúrgica destaca el elevado índice de ambulatorización de la actividad quirúrgica con valores por encima del 50% durante el quinquenio superando a la tasa media regional que alcanza un máximo del 47.65% en año 2014 según datos publicados en el Portal Estadístico del SNS¹⁵. Encontramos además un incremento del 27,55% de la demora media del tiempo hasta la intervención (98,46 días en 2011 a 125.68 días en 2015) a expensas de una disminución del 51.26% del tiempo de demora máxima (794 días en 2011 a 387 días en 2015).

13.- Llama la atención el descenso del número de tratamiento aplicados en el Hospital de día médico que pasa de 4164 en 2011 a 1913 en 2015 lo que representa un descenso del 54.06%. En los datos de la Región de Murcia registrados en el Portal Estadístico del SNS¹⁵ se aprecia un descenso del 20.33% en el número de tratamientos en Hospital de día entre los años 2012 y 2014 (de 106301 pasa a 84689 tratamientos), que aun no siendo un dato directamente comparable nos da idea de un descenso generalizado del uso de este tipo de recurso asistencial en la Región de Murcia.

3.2.- Análisis interno.

3.2.1.- Localización, estructura funcional y recursos materiales disponibles.

El Servicio de Urgencias del Hospital de Caravaca de la Cruz está situado en la planta baja de dicho Centro (al mismo nivel que los Servicios de Radiología y Laboratorio).

Cuenta con una puerta que da acceso desde la sala de espera donde está ubicada la zona de admisión de pacientes que acuden por sus propios medios y una puerta de acceso para pacientes que acuden en transporte sanitario. Entre estas dos puertas de acceso está ubicado el cuarto de celadores, que cuenta con cristaleras que dan a la calle para controlar la llegada de vehículos de transporte sanitario.

Desde aquí se accede a un pasillo donde se encuentran los siguientes boxes:

- Sala de Triage (sin uso para triaje en la actualidad), con acceso desde la sala de espera de pacientes y desde el pasillo de Urgencias.
- Box de Pediatría donde se atiende a la mayor parte de los pacientes en edad pediátrica que acuden al Servicio.

- Box de Ginecología, usado fundamentalmente para las pacientes de Ginecología y Obstetricia, cuenta con mesa de exploración ginecológica y ecógrafo con sondas abdominal y vaginal.
- Box de Traumatología.
- Sala de yesos, comunicado con box de Traumatología y que cuenta con una mesa de Traumatología y material para vendajes y escayolas. Tiene estanterías que se usan como zona de almacén de parte del material necesario en el Servicio.
- Sala de curas, que cuenta con materiales para intervenciones de cirugía menor y curas, cuenta con una mesa para tal fin, lámpara de múltiples focos, lupa portátil, mesa de Mayo, baqueta regulable en altura.
- Boxes de reconocimiento (4) de diferente tamaño en dos de ellos se puede pasar a pacientes que ya van en camilla para su exploración, dadas sus dimensiones.

Todos los boxes anteriormente citados cuentan de camillas de exploración, ordenador e impresora, pila de lavado de manos, banco de trabajo con estanterías para medicación y cajones para diferentes materiales, tomas de oxígeno, aire medicinal y vacío

- Sala de hemodinámica con dos puestos de reanimación (2 camillas móviles) que cuenta con 2 monitores desfibriladores, 3 respiradores que se pueden utilizar para transportar a los pacientes de un lugar a otro del hospital, material para manejo avanzado de vía aérea, canalización de accesos venosos centrales, canalización de acceso vascular intraoseo, tubos de tórax, enfermeras automáticas para monitorización de los pacientes, aspiradores y bombas de infusión de fármacos. Hay una estantería con la medicación básica de Emergencias, material para obtención de muestras, dos pilas de lavado y un ordenador con impresora en uno de los bancos de trabajo.

En esta sala es donde se reciben a los pacientes que son transportados en camilla a nuestro Servicio o aquellos en cuya recepción impresionan de gravedad.

- Control de Enfermería, donde se ubica la documentación clínica de los pacientes dispone de dos ordenadores (uno de ellos usado para identificación de muestras) y 2 impresoras laser (a las que se puede acceder desde cualquier otro ordenador del Servicio). Desde aquí se accede a la zona de almacén de medicamentos (que cuenta con un frigorífico para la medicación que precise de frío para su conservación) y

almacén de material fungible. También se accede desde aquí al ofice de sucio y esterilización, donde hay 2 autoclaves para esterilizar material de cirugía menor usado en el Servicio.

- Área de Observación de pacientes ambulatorios, cercana al control de enfermería donde se ubica a los pacientes con administración de tratamientos, pacientes en camillas y pacientes que no precisan observación monitorizada. No cuenta con puestos definidos de Observación. Dispone de algunas tomas de oxígeno.

Para toda la zona externa que conforman todos los boxes relacionados con anterioridad se dispone de 2 enfermeras automáticas que se usan de forma indistinta en los diferentes boxes y un electrocardiógrafo.

- Unidad de Observación de camas: 10 camas de Observación, 9 de ellas en una sala común separadas por cortinas y una de ellas en una habitación separada por una puerta y pared acristalada para aislamiento (pero que no cuenta con sistema independiente de aireación). Todas las camas cuentan con tomas de oxígeno y aire medicinal así como dispositivo de vacío para aspiración salvo la cama numerada como 10 en la que el aporte de oxígeno ha de hacerse con botella portátil (está cama se sobredimensionó sobre el diseño original del Servicio). Cuentan con 2 sistemas de monitorización de pacientes adyacentes a 2 de las camas sin transmisión de la información a un control central, 1 electrocardiógrafo, 4 monitores-desfibriladores, 2 enfermeras automáticas, bombas de perfusión de fármacos, respirador de ventilación mecánica no invasiva y respirador de ventilación invasiva que puede hacer funciones de ventilación no invasiva. Esta zona cuenta con un control central que es la zona de trabajo del personal sanitario donde hay 4 ordenadores y una impresora compartida. Dispone de banco de trabajo con estanterías con todo el material necesario para obtención de muestras, preparación de medicación y administración de la misma. Se dispone de un otoscopio y oftalmoscopio.
- Lencería.
- Despacho de supervisor de enfermería.
- Despacho de médicos que cuenta con mesa central y sillas, armario biblioteca, 3 ordenadores con una impresora compartida, un scanner de documentos y proyector conectado a uno de los ordenadores.
- Despacho de Jefe de Servicio.

- Sala de estar de enfermería.
- Aseos para el público (masculino y femenino).
- Aseos para el personal sanitario (masculino y femenino).
- Se ha habilitado la sala de espera de pacientes de radiología de Urgencias para poder colocar 3 camas sobreañadidas a la capacidad del Servicio, disponen de tomas de oxígeno, pero no disponen de ninguna monitorización ni vigilancia activa por el personal del Servicio.
- El conjunto del Servicio está diseñado en torno a un pasillo en L que comunica el acceso desde urgencias con el acceso al Servicio de Radiología desde el propio Servicio de Urgencias y con el acceso al pasillo principal del Hospital (desde donde se accede a Laboratorio). A partir de las 22:00 horas en que se cierra la puerta principal del Hospital este el pasillo de acceso a las dependencias hospitalarias tanto para enfermos como para familiares y acompañantes de pacientes ingresados.

3.2.2.- Recursos humanos:

Facultativos: En este Servicio de Urgencias trabajan en el momento actual 14 facultativos + 1 Jefe de Servicio (que desdobra su plaza de la plantilla estructural del Servicio). De todos estos facultativos en el momento actual 6 son propietarios de plaza en el Servicio Murciano de Salud (5 con titularidad de plaza en el Hospital, y 1 que se halla en situación de promoción interna temporal procedente de otro servicio). Hay un titular más, que se encuentra en comisión de Servicios en otro centro hospitalario, estando cubierta su plaza por un contrato de larga duración; otro contrato de larga duración cubre la plaza de una liberación sindical y otro contrato de larga duración cubre la plaza base del jefe de Servicio. Hay un total de 4 médicos interinos en el Servicio y 2 que firman acumulaciones de tareas repetidas con una frecuencia semestral.

Se cuenta con un facultativo eventual que cubre los turnos de guardia de uno de los facultativos titulares, que está exento de guardias por ser mayor de 55 años, así como las horas liberadas a otro facultativo por conciliación de vida laboral y familiar.

Además hay facultativos externos al servicio que acuden de forma puntual a cubrir algún turno de guardia de forma discrecional.

En el momento actual los días laborales hay 1 facultativo que hace turno de mañana, 2 facultativos que realizan turno de mañana y tarde de forma continuada, 1 facultativo que hace turno de mañana y refuerzo extra (cobrado como horas de guardia de presencia física) desde las 15:00 horas hasta la 1:00 horas del día siguiente, y 2

facultativos que hacen turno de mañana y guardia de presencia física de 15:00 horas a 8:00 horas del día siguiente). Los Sábados hay 1 facultativo que realiza turno de mañana y turno de tarde extra de 15:00 horas a 22:00 horas (cobrado como horas de guardia de presencia física) , 1 facultativo que hace turno de mañana y refuerzo extra (cobrado como horas de guardia de presencia física) desde las 15:00 horas hasta la 1:00 horas del día siguiente, y 2 facultativos que hacen turno de mañana y guardia de presencia física de 15:00 horas a 8:00 horas del día siguiente). Los Domingos y festivos trabajan en el Servicio 1 medico de 8:00 horas a 22:00 horas, un médico de 8:00 horas a 01:00 horas del día siguiente y 2 médicos de guardia de 24 horas (todas las horas se cobra como horas de guardia de presencia física).

No existe ningún facultativo de urgencias localizado por lo cual cualquier incidencia en la cobertura de turnos de hace de forma arbitraria los Sábados, Domingos y festivos, existiendo un protocolo de cobertura de turnos los días laborales pudiendo quedar el Servicio en algún tramo con algún médico menos de los especificados anteriormente (que habitualmente se resume en un facultativo menos por la mañana).

Residentes: En el Servicio hacen guardias residentes de Medicina Familiar y Comunitaria, que dependen funcionalmente de la Unidad docente del Área III (el Hospital de Caravaca de la Cruz pertenece al Área IV) y están asignados a los Centros de Salud con acreditación docente de nuestro Área que son Calasparra y Caravaca de la Cruz. En el momento actual (aunque se ofertan 5 plazas cada año para el Área) se cuenta con 2 residentes de cuarto año, 4 residentes de tercer año, 4 residentes de segundo año y 4 residentes de primer año, que realizan guardias de presencia física en el Servicio de Urgencias, según la distribución de guardias que les permite su plan docente (ya que deben hacer guardias en otros dispositivos asistenciales como Atención Primaria y Servicios de Urgencias de Atención Primaria-061, así como guardias específicas de determinadas especialidades como Ginecología y Obstetricia, Pediatría y Psiquiatría). Esto último hace que no estén cubiertos todos los días del año con la presencia de guardia de algún residente y que parte de los días del año el único residente en el Servicio de Urgencias sea un residente de primer año que no debe de tener carga asistencial.

Además también hace guardias de presencia física (solo los días que le son asignados) un EIR de la especialidad de Enfermería de Familia.

Enfermería: Actualmente el Servicio cuenta con 20 enfermeros 9 de los cuales son propietarios de plaza en el Servicio Murciano de Salud. Su jornada laboral se distribuye de la siguiente forma todos los días del año (salvo refuerzos puntuales): 4 enfermeros en turno de 0:88 horas a 22:00 horas, 1 enfermero en turno de 11:00 horas

a 01:00 horas del día siguiente y 2 enfermeros en turno de 22:00 horas a 8:00 horas del día siguiente. Además el Servicio cuenta con un Supervisor de Enfermería.

Auxiliares de enfermería: Actualmente el Servicio cuenta con 14 auxiliares de enfermería 8 de los cuales son titulares de plaza en el Servicio Murciano de Salud. Sus turnos de trabajo se distribuyen de la siguiente forma todos los días del año: 3 auxiliares en turno de 8:00 a 22:00 horas y 2 auxiliares en turno de 22:00 horas a 8:00 horas del día siguiente. Dependen funcionalmente de la Supervisión de Enfermería.

Celadores: No existe un número concreto de celadores adscrito al Servicio de Urgencias del Hospital, desarrollan su labor en el Servicio de forma habitual 3 celadores por turno (de 8:00 a 15:00 horas, de 15:00 horas a 22:00 horas) y de 22:00 horas a 08:00 horas del día siguiente quedan 4 celadores para cubrir todo el Hospital. A partir de las 22:00 horas además de las funciones propias de su puesto de trabajo deben asumir la centralita telefónica del Hospital. Dependen funcionalmente del Jefe de personal subalterno del Hospital.

Administrativos: De forma habitual hay un administrativo en la ventanilla de admisión de Urgencias (salvo ocasiones puntuales en que se dobla el personal), que al igual que los celadores tienen turnos de mañana, tarde y noche. Además de sus funciones de admisión de pacientes deben de asumir por las noches y los días festivos y fines de semana (cuando no hay personal de Archivos trabajando) la localización de Historias Clínicas de pacientes demandadas por los facultativos del Servicio de Urgencias, dejando descubierta la zona de admisión. Dependen funcionalmente de un Jefe de personal de Admisión.

Seguridad y control de accesos: Hay un único trabajador de Seguridad y control de accesos para todo el Hospital y es un servicio externalizado.

Limpieza: La limpieza del Servicio también es un servicio externalizado junto a la limpieza del resto de instalaciones del Hospital.

3.2.3.- Cartera de Servicios:

El Servicio de Urgencias del Hospital, ofrece, tanto a nivel externo como interno, la cobertura asistencial de la demanda de atención sanitaria urgente, debiendo realizar funciones de diagnóstico y tratamiento. Así mismo debe de realizarse la observación precisa de los pacientes que por su patología así lo requieran, determinando tras la misma si el paciente debe ser ingresado en el Hospital, o trasladado a otro Centro de diferente nivel por necesidades diagnósticas y/o terapéuticas, o bien puede ser dado de alta.

La valoración de la necesidad de ingreso hospitalario en el momento actual se hace de forma consensuada con el especialista que se va a hacer cargo del paciente y corresponde a este último la decisión final del ingreso.

Al encontrarnos en un Servicio de Urgencias de un Hospital de primer nivel, se atienden todo tipo de Urgencias y en todos los tramos de edad de la población, para ello se cuenta con el apoyo de los siguientes profesionales que hacen guardias de presencia física en el Hospital, pero que solo acuden a valorar a pacientes a Urgencias en casos específicos: Medicina Interna, Cirugía General, Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Anestesiología y Traumatología. Además contamos con el apoyo de los Servicios de Laboratorio y Radiología, así como facultativos localizados (no todos los días del año): Urología, Oftalmología y Otorrinolaringología. Ninguno de estos profesionales depende funcionalmente del Servicio de Urgencias del Hospital.

Las camas del Área de Observación de Urgencias son utilizadas en ocasiones como recurso para realizar determinadas técnicas por distintos especialistas y dejar al paciente unas horas en Observación tras la realización de las mismas, como por ejemplo, toracocentesis y paracentesis evacuadoras, punciones lumbares para análisis de líquido cefalorraquídeo, e incluso se han llegado a usar para la realización de cardioversiones eléctricas programadas. Además en caso de falta de camas de hospitalización esta es la zona de ubicación de pacientes en espera de cama, pudiendo llegar a ocupar estos la zona habilitada para sobre capacidad del Servicio descrita anteriormente.

Así mismo en no pocas ocasiones pacientes permanecen ingresados en esta Unidad de Observación durante más de 24 horas y posteriormente son dados de alta, siendo usada a modo de Unidad de Corta Estancia, sin tener una dotación de recursos humanos y materiales específicos para la misma.

3.2.4.- Análisis de los datos de funcionamiento en los últimos 5 años.

Una de las carencias fundamentales de Servicio de Urgencias del Hospital Comarcal del Noroeste es la inexistencia de un triaje de los pacientes que acuden demandando asistencia urgente. En el momento actual es el administrativo de urgencias el que etiqueta la demanda como demanda de: Urgencias generales, Traumatología, Pediatría, Ginecología, Obstetricia, Oftalmología y Otorrinolaringología (fundamentalmente) en función del motivo de consulta y la edad del paciente. Una vez encuadrado el paciente en uno de estos grupos de demanda de asistencia se asigna de forma secuencial (por parte de un programa informático acoplado al programa de admisión) un número que corresponde al médico que va a ser responsable de dicho paciente.

Para realizar el análisis del funcionamiento del Servicio en el último quinquenio, se ha solicitado autorización a la Comisión de Docencia del Área IV y una vez concedido se han obtenido los listados de los pacientes asistidos en el Servicio de Urgencias durante los años 2011 a 2015 (ambos inclusive) desde la explotación de datos de SELENE, que es el programa informático usado en el Servicio Murciano de Salud para la actividad asistencial hospitalaria. Dichos datos se han incorporado a hojas de cálculo de Excel y del análisis de los datos de dichos listados hemos podido obtener los siguientes resultados. Para cada grupo de datos presentados se han realizado los comentarios pertinentes en cada epígrafe, con objeto de relacionarlos con las tablas y gráficos presentados.

3.2.4.1.- Clasificación inicial de pacientes

Porcentajes	2011	2012	2013	2014	2015	Media
Urgencias	50,22	52,38	50,82	49,7	51,51	50,93
Trauma	24,71	24,67	25,04	25,61	23,59	24,72
Pediatría	10,6	9,95	11,02	11,34	12,49	11,08
Ginecología	2,2	2,27	2,01	2,23	2,06	2,15
Obstetricia	5,01	5,2	5,22	5,38	4,8	5,12
Oftalmología	4,39	3,91	4,55	4,39	4,45	4,34
Otorrino	0,65	0,46	0,48	0,65	0,62	0,57
Otros	2,22	1,17	0,87	0,7	0,48	1,09

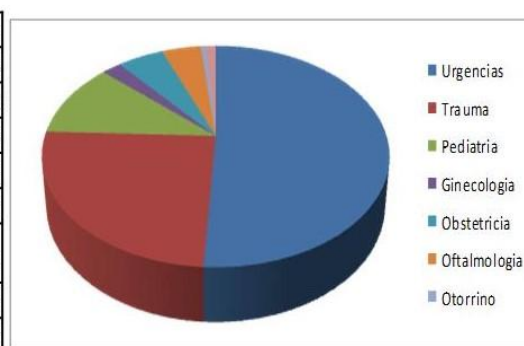


Tabla 7. Gráfico 1. Clasificación inicial de pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital Comarcal del Noroeste de la Región de Murcia, 2011-2015 (datos propios, no publicados)

De estos datos se deduce que prácticamente el 99% de la demanda queda clasificada dentro de los apartados fundamentales prefijados, quedando el resto fuera porque en la clasificación inicial se han encuadrado como urgencias pertenecientes a otras especialidades como Medicina Interna, Cirugía o Urología (no se han cuantificado las que corresponden a cada una de ellas por el bajo porcentaje que suponen). La cifra de pacientes no encuadrados en unos de los grupos principales definidos anteriormente en la única que varía de forma significativa a lo largo del quinquenio pasando de un 2.22% en 2011 a un 0.48% en 2015.

El mayor porcentaje los suponen aquellas demandas encuadradas como urgencias de carácter general (50.93% de media en el último quinquenio), dentro de estas se encuadran tanto urgencias médicas como quirúrgicas.

La demanda urgente clasificada inicialmente como Traumatología supone aproximadamente la cuarta parte (24.72%) de la demanda asistencial del Servicio, esta es siempre atendida en primera instancia por un facultativo de urgencias que si lo

considera necesario avisará al Traumatólogo de guardia para resolución definitiva de la demanda.

La urgencias clasificadas como Pediatría suponen un poco más de la décima parte de la actividad del Servicio (11.08% de media en el último quinquenio), estas son valoradas en primera instancia por un facultativo del Servicio de Urgencias que si lo considera necesario avisará al Pediatra de guardia para resolución de la demanda.

Aproximadamente un 5% de la demanda es de naturaleza Obstétrica y es resuelta principalmente por el Ginecólogo de guardia, con lo que representa poca carga de trabajo para los facultativos del Servicio de Urgencias.

El porcentaje de urgencias clasificadas como ORL es muy bajo a lo largo del último quinquenio (0.57% de media) y habitualmente son urgencias demorables.

3.2.4.2.- Destino al alta de los pacientes.

Porcentajes	2011	2012	2013	2014	2015	Media
Domicilio	86,17	88,02	87,89	87,08	87,05	87,24
Hospitalización	8,35	8,69	8,45	8,67	8,05	8,44
Traslado	0,79	0,91	0,89	1,08	1,14	0,96
Exitus	0,1	0,13	0,12	0,09	0,14	0,12
Fuga	0,27	0,19	0,16	0,36	0,51	0,3
Alta voluntaria	0,03	0,04	0,04	0,1	0,07	0,06
Sin datos	2,03	0,82	1,52	1,85	2,52	1,75
Otros	2,26	1,2	0,94	0,77	0,52	1,14

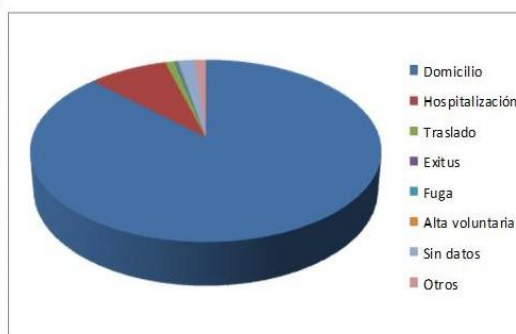


Tabla 8. Gráfico 2. Destino al alta de los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital Comarcal del Noreste de la Región de Murcia, 2011-2015 (datos propios, no publicados).

Del cuadro anterior se deduce que hay una alta capacidad de resolución de la demanda urgente por parte del Servicio de Urgencias ya que un 87,24% de media de pacientes en el último quinquenio han sido dados de alta a domicilio. Además la tasa global de ingresos desde el Servicio de Urgencias del hospital es de una media del 8.44% de ingresos desde Urgencias en el último quinquenio.

Los porcentajes de traslados a otros centros por necesidades diagnósticas y/o terapéuticas (0.96% de media en el quinquenio), fallecimientos en el servicio de urgencias (0.12% de media), pacientes que se marchan sin ser atendidos o sin completar su atención (0.3% de fugas a lo que hay que añadir un 0.06% de altas voluntarias), son igualmente bajos.

3.2.4.3.- Responsable del destino al alta.

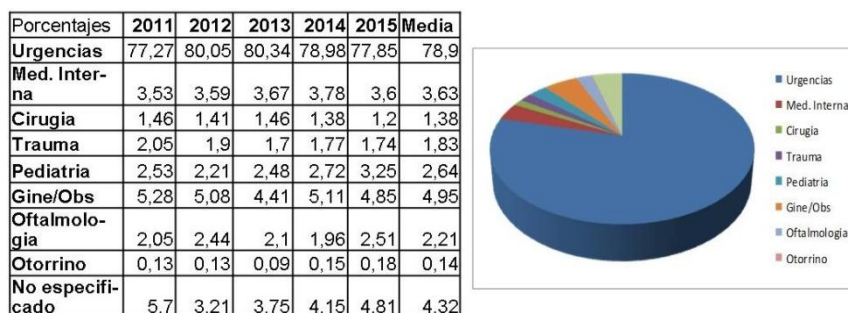


Tabla 9. Gráfico 3. Facultativo responsable del alta del paciente atendido en el Servicio de Urgencias del Noroeste de la Región de Murcia, 2011-2015 (datos propios, no publicados).

Este último cuadro nos resume que facultativo ha sido el responsable final del destino del paciente (sea ingreso, alta o traslado), siendo la media de resolución por parte de los facultativos adscritos al Servicio de Urgencias de un 78.9% en el último quinquenio (ha habido un descenso en los dos últimos años desde un 80.34% en el año 2013 hasta un 77.85% en el año 2015), bastante elevada teniendo en cuenta que se trata de un Servicio de Urgencias general con atención a Traumatología, Pediatría y Obstetricia.

Llama la atención que los facultativos de guardia por parte del Servicio de Medicina Interna son responsables del destino final de los pacientes solo en un 3.63% de los pacientes que acuden al Servicio de Urgencias, teniendo en cuenta que son ellos quienes tienen la decisión final de ingresar a los pacientes con patología médica, dentro del marco de funcionamiento actual del Servicio de Urgencias, y que estos representan el mayor volumen de pacientes que ingresan desde el Servicio de Urgencias.

También llama la atención que el Traumatólogo es responsable del destino del paciente solo en el 1.83% de los casos de media en el último quinquenio, aunque los pacientes asignados inicialmente como demanda de urgencias traumatología suponen un 24.72% como hemos visto anteriormente.

Igualmente llama la atención que el Servicio de Pediatría sea el responsable del destino final de un 2.64% de pacientes de media en el último quinquenio (ascenso desde 2.21% en el año 2012 a un 3.25% en el año 2015), cuando la demanda clasificada inicialmente como Pediatría supone un 11.08% de media de la actividad del Servicio de Urgencias en los últimos 5 años.

El destino final de los pacientes decidido por el Servicio de Ginecología y Obstetricia es del 4.95% de media en el quinquenio, lo que supone más del 50% de la demanda global Ginecológico/Obstétrica en el periodo de tiempo estudiado (sumado las clasificaciones iniciales que se presentan por separado anteriormente suponen un

7.27% de media de pacientes que han acudido al Servicio de Urgencias en los últimos 5 años). Esto se debe a que la patología banal ginecológica o los problemas de salud de la gestantes no relacionados directamente con la gestación son atendidos por el facultativo de urgencias.

Las altas correspondientes al Servicio de Oftalmología de pacientes que demandan asistencia urgente suponen un 2.21% de media en el periodo estudiado, lo que se aproxima a la mitad de los pacientes que demandan atención oftalmológica urgente, significando esto que el 50% de la demanda en este sentido es resuelta por los facultativos del Servicio de Urgencias. Hay que hacer notar que la mayor parte de estas altas por parte del Servicio de Oftalmología corresponden al horario de mañana en días laborales, en que los pacientes que demandan asistencia oftalmológica urgente son derivados a la consulta de dicho especialista.

El porcentaje de pacientes dado de alta por ORL es muy bajo (0.18% de media en el periodo) y corresponde igualmente a pacientes que son derivados a consulta desde el Servicio de Urgencias en horario laboral de mañana.

3.2.4.4.- Datos de frecuentación

En cuanto a la frecuentación del servicio los datos analizados nos muestran lo siguiente:

En el último quinquenio hubo un descenso inicial en el número de urgencias atendidas en el año 2012 respecto al año 2011 que se mantuvo en 2013, produciéndose desde entonces un incremento en el número absoluto de urgencias atendidas hasta un máximo en 2015 de 45659, esto nos arroja una cifra en el último año estudiado de 597.33 urgencias por mil habitantes y año, cifra alejada de las 500 urgencias por mil habitantes y año fijadas como objetivo en el Plan de Salud de la Región de Murcia 2010-2015, como se citó en el apartado de análisis externo.

Estos datos de frecuentación son más elevados que los de la media regional, según datos publicados en el Portal Estadístico del SNS ¹⁵, que son de 534.88 pacientes por 1000 habitantes para el año 2014.

	2011	2012	2013	2014	2015
Total	43451	42389	42458	43855	45659
Media + 2 DE	153,2	152,88	149,9	154,67	160,91
Media/día	119,04	115,86	116,32	120,15	125,09
Media - 2 DE	84,88	78,84	82,74	85,63	89,27
Mediana	120	116	115	120	124
Moda	129	117	103	125	123
DE	17,08	18,51	16,79	17,26	17,91
Max	184	175	167	165	173
Min	69	70	72	62	78

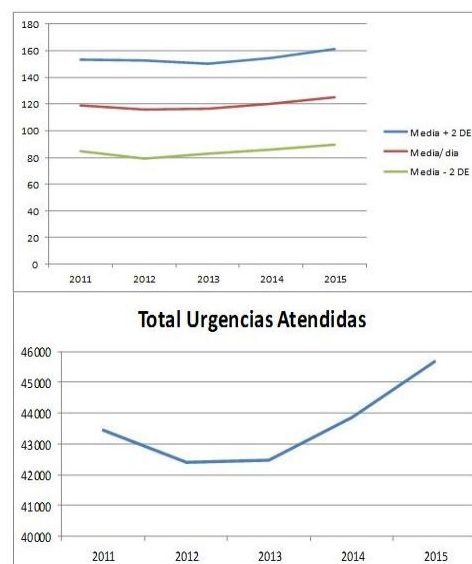


Tabla 10. Gráfico 4. Datos de frecuentación del Servicio de Urgencias del Noroeste de la Región de Murcia (total, media, mediana, moda, máximo y mínimo diarios) , 2011-2015 (datos propios, no publicados).

Este incremento de número de pacientes atendidos en el último año del periodo estudiado ha llevado a un incremento de 9.23 de la media de pacientes atendidos al día que ha quedado en 125.09 (IC 95% 160.91-89.27), este límite superior del intervalo de confianza de la media de pacientes atendidos al día en el Servicio de Urgencias se ha mantenido en torno a 155 pacientes/día en el último quinquenio (con un máximo en el último año), lo que es importante a la hora de dimensionar el Servicio en cuanto a recursos humanos.

Así mismo se ha hecho un análisis de frecuentación por meses y por días de la semana, que es importante para valorar los ajustes de personal que se producen en los periodos vacacionales (normalmente en los meses de verano) y los fines de semana (con menos personal de presencia física de forma habitual) . Para este análisis se ha realizado una media de frecuentación diaria de pacientes para cada mes del año a lo largo del quinquenio, y un cálculo del porcentaje de pacientes que se atienden cada día de la semana respecto del total de pacientes atendidos en el Servicio.

Como se puede apreciar en la tabla 5 y gráfico 5, aunque hay un pico asistencial de forma generalizada en los meses de Enero y Febrero (habitualmente coincidente con la época epidémica gripal), no hay un descenso muy significativo en la media de pacientes atendidos al día el resto de los meses del año.

Media Pac/día	2011	2012	2013	2014	2015
Enero	125,06	121,06	121,16	131,71	134,61
Febrero	128,07	136,86	123,43	122,11	129,21
Marzo	119,32	116,16	116,1	116,26	131,23
Abril	117,03	113,2	118,63	117,27	123,13
Mayo	122,55	116,16	112,48	120,13	128,48
Junio	120,97	111,43	113,9	119,23	122,47
Julio	117,71	118,16	117,52	117,06	123,00
Agosto	125,81	124,23	120,03	120,61	126,42
Septiembre	113,57	109,77	114,6	118,3	116,67
Octubre	117,06	108,06	116,61	124,81	116,00
Noviembre	114,77	108,27	109,5	119,83	123,00
Diciembre	107,16	107,13	112,32	114,48	126,81

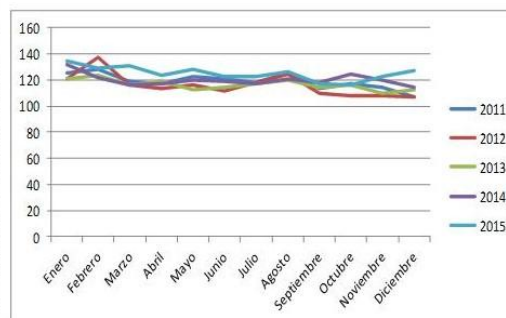


Tabla 11. Grafico 5. Media de frecuentacion diaria, distribuida por meses, en el Servicio de Urgencias del Hospital Comarcal del Noroeste de la Región de Murcia, 2011-2015 (datos propios, no publicados).

Porcentaje	2011	2012	2013	2014	2015
Lunes	16,4	16,72	16,4	16,51	16,31
Martes	14,76	14,52	15,27	14,8	14,96
Miercoles	14,55	14,27	14,6	14,47	14,62
Jueves	14,68	14,47	14,31	14,55	14,33
Viernes	14,2	14,63	14,51	14,48	14,59
Sabado	12,38	12,21	12,17	12,36	12,37
Domingo	13,02	13,17	12,75	12,82	12,82

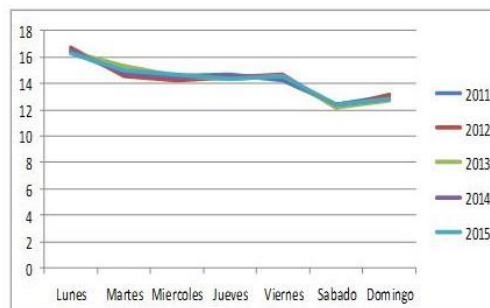


Tabla 12. Grafico 6. Porcentaje de distribucion por dias de la semana de los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital Comarcal del Noroeste de la Región de Murcia, 2011-2015 (datos propios, no publicados).

De los datos que se muestran en la tabla 6 y grafico 6 se desprende que los dias con mayor frecuentacion son los lunes con una proporcion de 16.47% de media de pacientes del total de pacientes atendidos en el ultimo quinquenio , mientras que hay una menor frecuentacion sabados y domingos (12.61% de media en los ultimos 5 años para cada uno de los dias).

Asi mismo hemos estudiado la frecuentación por tramos horarios del Servicio calculando la media de pacientes para cada tramo horario en cada uno de los años estudiados lo que arroja el siguiente grafico:

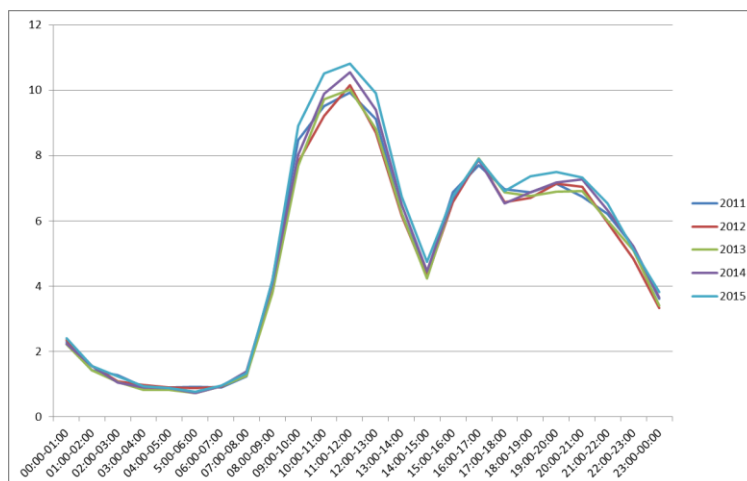


Gráfico 7. Frecuentación media por tramos horarios en el Servicio de Urgencias del Hospital del Noroeste de la Región de Murcia, 2011-2015 (datos propios, no publicados).

Podemos observar que las curvas de frecuentación media por hora no varían a lo largo del quinquenio teniendo un pico de entrada de entre 8-10 pacientes por hora entre las 10 y las 14 horas y una meseta de unos 7 pacientes por hora entre las 16 y las 23 horas de cada día, teniendo una frecuentación muy baja de media en horario nocturno.

Más interesante que este estudio de frecuentación hemos encontrado el estudio de densidad de pacientes que se hayan en el Servicio de Urgencias en cada tramo horario pendientes de ser dados de alta¹⁶. A diferencia del estudio referenciado hemos calculado por su mayor facilidad de cálculo el número de pacientes que están en el Servicio de Urgencias dentro de cada tramo horario (divididos en tramos de una hora) y la suma total de cada tramo la hemos dividido por el número de días del año.

Las medias de densidad de pacientes en urgencias para cada tramo horario tampoco muestran diferencias en el quinquenio estudiado como se puede apreciar en el siguiente gráfico:

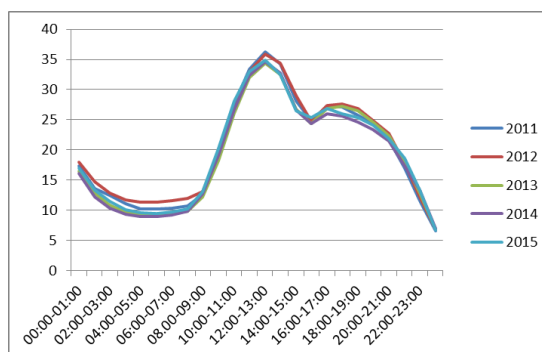


Gráfico 8. Densidad media de pacientes, por tramos horarios, en el Servicio de Urgencias del Hospital Comarcal del Noroeste de la Región de Murcia, 2011-2015 (datos propios, no publicados).

Podemos apreciar que los picos medios de densidad de acumulación de pacientes en Urgencias son de unos 35 pacientes alrededor del medio día, manteniéndose la cifra por encima de 20 pacientes entre las 9 y las 22 horas.

No obstante estos datos de densidad y frecuentación no representan la realidad total del Servicio ya que los pacientes no están clasificados en función de su nivel de complejidad y esto es debido como se mencionó al inicio de este análisis de actividad a la falta de un triaje y a la inexistencia de una codificación de las altas de urgencias en el momento actual (lo que si nos daría una idea exacta del nivel de complejidad de la actividad del Servicio).

3.2.5.- Conclusiones del análisis interno.

1.- El número de boxes de atención parece suficiente para el grado de frecuentación del Servicio ya que todas las consultas son en realidad polivalentes (aunque en el diseño original del Servicio se les designó como boxes específicos para algunas especialidades).

2.- El carecer de puntos específicos de observación no monitorizada y la falta de clasificación de la gravedad de los pacientes atendidos, no nos permite establecer de forma adecuada el nivel de ocupación ni la carga de trabajo del Servicio, salvo por los datos de frecuentación y de densidad de pacientes. Además se carece de áreas específicas para la estancia de los pacientes en función de su nivel de gravedad, con vistas al establecimiento futuro de un sistema de triaje.

3.- El número de camas de Observación es, de forma habitual, suficiente con el aumento de camas que se realizó recientemente (se pasó de 8 a 10 camas en la Unidad de Observación), aunque hay periodos en que hay que usar la zona habilitada en la espera de rayos para encamar a pacientes que no precisan una monitorización estricta o en espera de ingreso en planta (se pueden ubicar 3 camas más), aumentando la capacidad de camas en un 33%.

No hemos analizado la cantidad de recursos de camas de observación ocupadas por tramos horarios en el último quinquenio pero hay épocas de sobrecarga del Servicio en que el número de pacientes que precisan cama en la Unidad de Urgencias dobla la capacidad del Servicio (incluyendo las camas de sobrecapacidad).

4.- Es escaso en número de camas (solo 2) que cuentan con monitorización continua, además esta no está centralizada en una consola desde la que se puedan controlar todas las camas de observación y no existe posibilidad de telemetría, lo cual es fundamental para monitorizar a pacientes cardiológicos.

4.- El Servicio de Urgencias se encuentra ubicado a lo largo de un pasillo del Hospital, que es el usado como acceso desde las 22:00 horas a las 8:00 horas del día siguiente, por lo que en ocasiones se hace difícil controlar el número de familiares presentes en las dependencias del Servicio. Además se cuenta con solo controlador de accesos para todo el Hospital, siendo los celadores los que deben asumir la función de realizar dicho control, lo cual no entra dentro de sus competencias.

6.- Respecto a los recursos humanos es difícil dimensionar las personas de las diferentes categorías profesionales que deben formar parte del Servicio. Tomando como referencia las indicaciones de documento “Unidad de Urgencias Hospitalarias. Estandares y Recomendaciones” publicado por el Ministerio de Sanidad y Política Social en 2010¹⁷, podríamos decir que el número de facultativos, enfermeras y auxiliares se ajustan a las necesidades del Servicio, si bien para hacer un cálculo correcto sería imprescindible contar con una clasificación inicial de los pacientes, ya que en función del nivel de clasificación variarían las necesidades asistenciales. También sería necesario calcular los índices de ocupación de las camas de observación para calcular los recursos humanos necesarios para su atención.

7.- A pesar de que el personal se puede considerar suficiente, una parte importante del mismo no tiene la estabilidad laboral adecuada ya que no son titulares de las plazas que ocupan lo que puede repercutir en el ambiente laboral y el compromiso con el Servicio.

8.- Los celadores tienen que hacer funciones que no les son propias (control de accesos, centralita telefónica), así como el administrativo de admisión de urgencias (que es único) debe abandonar en ocasiones su puesto de trabajo para acudir a buscar historias clínicas al archivo.

9.- La inexistencia de un sistema de triaje para la recepción de los pacientes que acuden al Servicio de Urgencias, es un problema fundamental del mismo. Su establecimiento es imprescindible para promover un cambio organizacional en el Servicio.

10.- Al tratarse de un Servicio polivalente que atiende a todo tipo de Urgencias, solo con apoyo ocasional de otros especialistas, el personal ha de ser altamente cualificado (solo las urgencias de traumatología y pediatría suponen un 35% de la actividad del Servicio). Los facultativos de Urgencias son altamente resolutivos ya que son los que deciden el destino al alta en aproximadamente un 80% de los pacientes.

12.- Se realiza un bajo numero de ingresos (8.44% de media en el último quinquenio), en relación con el dato aportado en el documento “Unidad de Urgencias Hospitalarias. Estandares y Recomendaciones” publicado por el Ministerio de Sanidad y Política Social en 2010¹⁸, referido al año 2007 de un 10.5% de tasa de ingresos desde Urgencias. Así mismo el porcentaje de ingresos de los pacientes que acuden a Urgencias es inferior a la media regional que está entre el 11% y el 11.5% entre los años 2011 y 2014 según datos del Portal Estadístico del SNS¹⁵.

Sin embargo la presión de urgencias (porcentaje de ingresos procedentes de urgencias sobre el total de ingresos del hospital) tiene una media el los últimos 5 años del 79.35%, cifra superior a las de presión de urgencias media regional que es de un 71.7% de media entre los años 2011 y 2014 según datos obtenidos del Portal Estadístico del SNS¹⁵.

13.- El Servicio presenta una alta frecuentación de 597.33 urgencias por mil habitantes año, muy alejada del objetivo de 500 urgencias por mil habitantes año propuesta en el Plan de Salud de la Región de Murcia 2010-2015 citado anteriormente y mas elevada que la media regional en los ultimos años publicados. Sería conveniente hacer un estudio de la causa de esta alta frecuentación y relacionarla con la frecuentación de otros servicios asistenciales con atención las urgencias dentro del Área.

14.- Inexistencia de protocolos específicos para atención a determinadas patologías como el ictus y la cardiopatía isquémica, así como del protocolo fundamental del Servicio (proceso de urgencias) con el establecimiento del sistema de triaje que constituiría la parte inicial del mismo: recepción, acogida y clasificación del paciente.

15.- Inexistencia de plan formativo específico para los residentes que prestan asistencia en nuestra Área pues tienen dependencia formativa de un Área diferente.

16.- Inexistencia de un plan de formación y/o de control de actividades formativas por parte del personal del Servicio.

3.3.- Matriz DAFO/CAME.

A partir de las conclusiones obtenidas tanto del análisis externo como del análisis internos, se plantean la siguientes matrices DAFO/CAME, relacionando aquellos aspectos que hemos considerado fundamentales para promover un cambio organizacional en le Servicio.

Debilidades	Amenazas
<ul style="list-style-type: none">. Inexistencia de triaje en Urgencias.. Ausencia de protocolos.. Ausencia plan docente y formación continuada.. Ubicación y compartimentación del Servicio.. Falta de monitorización adecuada.. Estabilidad laboral del personal.. Asunción de tareas no propias del puesto de trabajo por parte de personal no sanitario.	<ul style="list-style-type: none">. Carencia de servicios en el Área.. Dispersión geográfica de la población.. Diferentes dispositivos de atención a urgencias en el Área.. Alta frecuentación
Fortalezas	Oportunidades.
<ul style="list-style-type: none">. Personal con suficiente cualificación científico-técnica.. Alta capacidad resolutive de la demanda.. Bajo número de ingresos hospitalarios.	<ul style="list-style-type: none">. Misión, visión y valores de la Gerencia adecuados a los propósitos del Servicio Nacional de Salud.. Posibilidad de coordinación con otros niveles asistenciales.. Posibilidad de coordinación con recursos sociosanitarios.

Corregir	Afrontar
<ul style="list-style-type: none"> . Implantación prioritaria del triaje en Urgencias. . Elaborar en implantar el Proceso de Urgencias . Comenzar la implantación de protocolos de actuación: cardiopatía isquémica, ictus. . Racionalizar la compartimentación del Servicio. . Solicitar los dispositivos de electromedicina necesarios. . Garantizar la estabilidad laboral (ofertar las plazas a cubrir en OPE). . Definir las tareas de cada profesional implicado en el funcionamiento del Servicio. . Elaborar un plan formativo para residentes. 	<ul style="list-style-type: none"> . Valorar creación de unidades dependientes de la Unidad de Urgencias: Corta estancia, hospitalización a domicilio. . Coordinación con dispositivos de urgencias extrahospitalarios y de otros centros. . Estudio de las causas de alta frecuentación.
Mantener	Explotar
<ul style="list-style-type: none"> . Cualificación científico técnica, promoviendo la formación continuada reglada y fomentando la investigación. . Adecuación de los ingresos hospitalarios. 	<ul style="list-style-type: none"> . Alinearse con las directrices de la Gerencia. . Protocolos de coordinación con urgencias extrahospitalarias y trabajador social.

4.- Plan de actuación para el Servicio de Urgencias del Hospital Comarcal del Noroeste de la Región de Murcia.

4.1.- Misión.

La misión del Servicio de Urgencias Hospitalario es la de dar una respuesta eficiente a las demandas de atención sanitaria urgente (tanto externas, como internas si se producen), en un tiempo de respuesta adecuado a la gravedad de cada proceso asistencial, aplicando los métodos diagnósticos y terapéuticos precisos para cada caso.

Toda esta misión se ha desarrollar en el ámbito físico del espacio asignado al Servicio de Urgencias Hospitalario, sin perjuicio de que el personal asistencial de dicho servicio pueda ser requerido para la prestación de asistencia sanitaria urgente en cualquier otra dependencia del hospital.

Es preciso para el desarrollo adecuado de esta misión hacer una clasificación inicial de la gravedad de la demanda, mediante un sistema de triaje estructurado y una compartimentación asistencial dentro del propio servicio para prestar atención a los distintos niveles de clasificación inicial en distintas zonas según la gravedad potencial de caso, debiendo de ser además este un sistema dinámico que permita la reevaluación continua de los casos de forma que si se agravan pasen a un nivel asistencial de mayor complejidad dentro del propio servicio.

Es también necesario tener un mecanismo de drenaje suficientemente ágil para evitar colapsos del servicio dando las altas de los casos resueltos en un plazo de tiempo adecuado y haciendo una gestión ágil de los ingresos de los pacientes que precisan hospitalización tras ser atendidos inicialmente en el Servicio de Urgencias Hospitalario, así como no demorar las evacuaciones de pacientes que debas ser derivados a otros niveles asistenciales o servicios que por motivos estructurales no están disponibles en nuestro hospital.

En este marco complejo y caótico de prestación de asistencia sanitaria esta ha de hacerse con el máximo orden posible y el mayor respeto y observación de la intimidad de los pacientes, así como llevando a cabo la práctica de una atención lo más humana y ética posible, ya que no son pocos los casos en que se viven situaciones dramáticas desde el punto de vista personal, tanto para el paciente como para familiares y acompañantes, en este tipo de servicios.

4.2.- Líneas estratégicas y factores clave de éxito.

4.2.1.- Implantación del Proceso de Urgencias.

En este Servicio de Urgencias se dan las condiciones ideales para la elaboración de un plan estratégico establecido a definir, redactar e implantar la puesta en marcha del “Proceso de Urgencias”, entendiendo como tal la definición precisa y detallada de la actitud a tomar en cada momento con cualquier tipo de paciente que demande asistencia en el Servicio de Urgencias Hospitalario, desde el inicio de la demanda hasta la resolución definitiva del proceso en el Servicio de Urgencias (alta, ingreso, éxitus, fuga, alta voluntaria o traslado a otro centro).

Para el desarrollo de este plan es necesario contar con todo el personal que desarrolla su labor asistencial dentro del Servicio de Urgencias del hospital (facultativos, enfermeros, auxiliares de enfermería, celadores, técnicos de rayos, administrativos y personal de control de accesos) en primer lugar, para que cada uno aporte la visión específica de su misión dentro de cada paso del proceso, de modo que se puedan aunar criterios y crear acuerdos para que el engranaje de los distintos actores del proceso asistencial funcione de manera lo más coordinada posible a la hora de prestar la atención que se demanda del Servicio. En segundo lugar el Servicio también genera demandas asistenciales externas por parte de Radiólogos, Servicio de Laboratorio y las diferentes especialidades con las que cuenta el Hospital, debiendo plantear acuerdos con todos ellos para la resolución de las demandas generadas por el Servicio de Urgencias de la forma más adecuada.

Dada la implicación de diferentes estamentos profesionales, con dependencias funcionales diferentes, así como de diferentes servicios del hospital para la integración del plan se hace preciso la elaboración de un plan de trabajo en coordinación, no solo con el personal citado, sino con la Dirección del Centro, para que sea el eje vertebrador de la elaboración del Proceso de Urgencias. Se debe establecer un plan de trabajo que contenga en primer lugar reuniones de los implicados en la asistencia en el propio servicio en el que cada estamento especifique los puntos de mejora que considere que se deban de tener en cuenta, dada la situación actual del Servicio y en las que empiece a plantearse el objetivo común del establecimiento del proceso de urgencias, para en posteriores reuniones centrar ese objetivo común y comenzar a trabajar sobre las diferentes fases del proceso teniendo en consideración los puntos de vista de los diferentes estamentos. Una vez fijado el armazón fundamental del proceso a nivel interno, se pueden establecer reuniones con los servicios a los que se les hace demandas externas para culminar la definición global del proceso.

El alcance de la elaboración de este plan estratégico es enorme ya que trata de poner orden en la prestación de la asistencia sanitaria en el lugar del hospital donde puede ser más caótica, tanto por la variabilidad de la gravedad de la patología que se presenta, como de aleatoriedad con que esta se presenta a lo largo del tiempo (aunque a la larga se pueden prever patrones de frecuentación).

El Servicio de Urgencias Hospitalario se ha convertido en el punto de acceso por excelencia a la atención especializada “a criterio del usuario” y en la zona del hospital de “alta resolución” para determinadas patologías por lo que es fundamental ordenar y planificar de forma adecuada el flujo de esta demanda.

A la hora de elaborar esta planificación es importante recoger experiencias publicadas de otros centros, para ver los flujos de pacientes establecidos y adaptarlos a las características específicas de este Centro, así como revisar la bibliografía específica sobre triaje, de forma especial, ya que la implantación de un sistema de triaje adecuado a las características de nuestra demanda asistencial se convierte en el eje fundamental sobre el que debe girar toda la organización del Servicio.

4.2.2.- Disminución de la variabilidad clínica en procesos asistenciales clave.

Los dos procesos asistenciales cuya asistencia inicial son responsabilidad del Servicio de Urgencias y cuya atención presenta mayor variabilidad a nivel de la Región de Murcia son:

a) La atención al Síndrome Coronario Agudo, que se hace inicialmente en este Servicio de Urgencias, que no dispone de Cardiólogo de guardia (solo en horario laboral ordinario se podría solicitar interconsulta, o si casualmente está haciendo la guardia de Medicina Interna), por tanto las decisiones acerca del manejo del paciente han de ser adoptadas por el médico de Urgencias y en caso de precisar interconsulta con Cardiología esta se hace vía telefónica con el hospital de tercer nivel de referencia. En caso de precisar vigilancia en Unidad de Cuidados Intensivos, al no disponer de ella en este Hospital, el paciente ha de ser trasladado a la UCI del hospital de tercer nivel de referencia que está localizado a 80 Km de distancia y para ello se ha de contar con un recurso externo que es la Unidad Móvil de Emergencias dependiente de la Gerencia del 061 (y en función de la consideración de la tiempo-dependencia de la urgencia de traslado lo hará la Unidad localizada en las dependencias de este Hospital u otra que se encuentra a un tiempo de respuesta de 45 minutos aproximadamente, siempre y cuando no estén ocupadas)

Además al paciente con síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST y dadas las consideraciones hechas anteriormente, no se le puede ofrecer una angioplastia primaria, ya que los tiempos hasta el inicio de la angioplastia superarían los estándares establecidos y por tanto lo único que se puede ofrecer es una trombolisis sistémica (si no está contraindicada) y tras el posterior traslado al hospital de referencia se hará una angioplastia diferida o bien una de rescate, en caso de ser precisa por trombolisis inefectiva.

b) Respecto a la atención al ictus tenemos problemas similares a los anteriormente descritos en cuanto a valoración del paciente por el especialista correspondiente y traslado del paciente al hospital de referencia con el agravante de que en este caso el protocolo regional de atención al ictus no autoriza a los médicos del Servicio de Urgencias a realizar una trombolisis sistémica, ya que especifica de que se debe realizar por un Neurólogo, con lo cual se demora la administración de un tratamiento potencialmente efectivo hasta la llegada del paciente al hospital de referencia.

Por tanto estos factores arriba mencionados son los causantes de la variabilidad en la atención a estos dos procesos atendidos en Urgencias, que sufren los pacientes del Área IV de la Región de Murcia en comparación con el Área I que es donde se ubica el hospital de referencia, por lo que elaboración, y difusión de protocolos de actuación consensuados entre hospital emisor-unidad de transporte-hospital receptor son fundamentales para intentar disminuir al máximo esta variabilidad en la práctica clínica, haciendo un control estricto de los tiempos de respuesta y demoras sufridas en cada proceso.

4.3.- Objetivos asistenciales, financieros y de sostenibilidad.

Los objetivos asistenciales están determinados claramente por la resolución de toda la demanda asistencial que sufra el Servicio, por motivos anteriormente expuestos, con las mayores cotas de calidad científico-técnica y de seguridad para los pacientes.

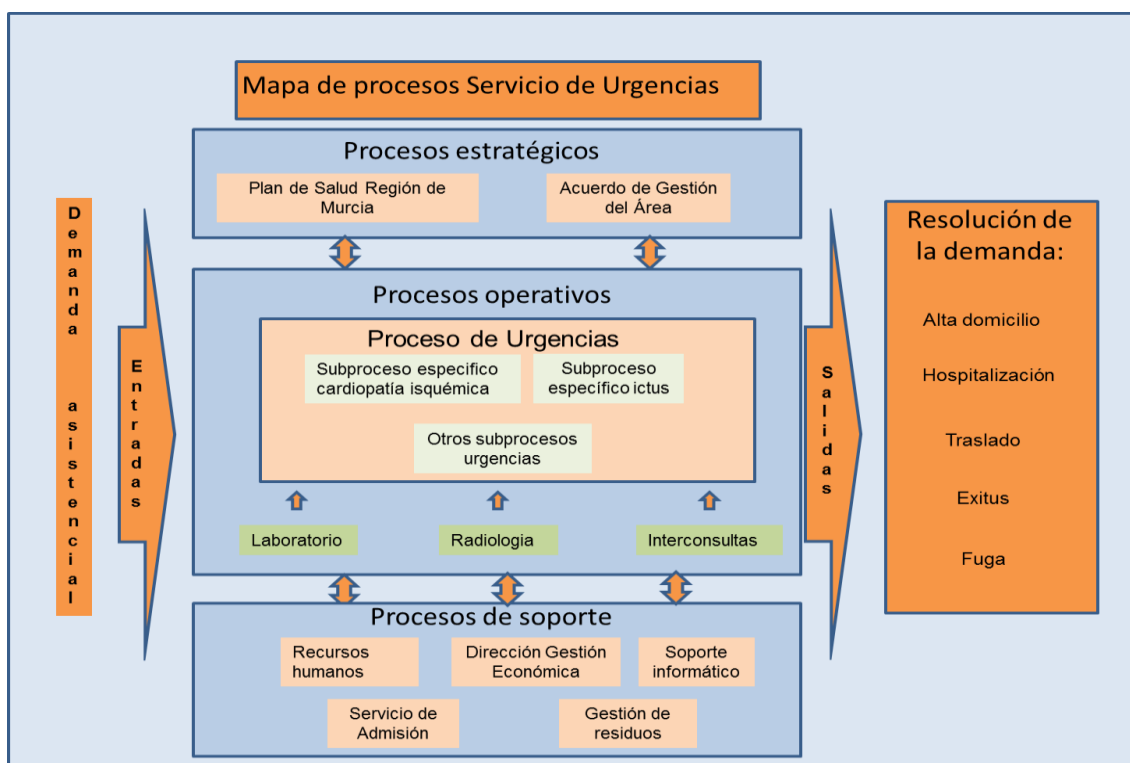
Desde el punto de vista financiero la actividad del Servicio de Urgencias resulta rentable para la organización, al tratarse de un Servicio con alta capacidad de resolución que puede evitar un determinado número de ingresos hospitalarios, así mismo, con la dotación suficiente tiene capacidad tanto para mantener a pacientes que están en espera de cama de hospitalización como para actuar como unidad de corta estancia. La estancia día/cama en Observación de Urgencias (Código A.1.1 285.75 €)

es más económica que la estancia día/cama en hospitalización normal (Código A.1.3 601.22 €), según listado de precios del Servicio Murciano de Salud, publicado en el BORM de 10 de Febrero de 2015, por lo que procesos no complejos y de duración previsible podrían ser atendidos en Unidades de Corta Estancia asociadas al Servicio de Urgencias, habiéndose demostrado además que acortan la estancia para determinados procesos¹⁹.

El objetivo de sostenibilidad del Servicio es adecuar los recursos materiales y humanos a la demanda, para poder prestar la atención sanitaria con las adecuadas garantías, de este modo se puede establecer criterios para adecuar las plantillas tanto a la demanda global (número de pacientes atendidos / año), como a los picos de frecuentación y, sobre todo, de densidad de pacientes en urgencias según los tramos horarios (ver datos expuestos en el apartado de análisis interno).

Los indicadores de carácter económico que nos podemos plantear para valorar el gasto de la actividad de nuestro servicio (fuera de los gastos de personal) son: gasto medio en radiología por paciente dado de alta en el Servicio de Urgencias, gasto medio en laboratorio por paciente dado de alta en el Servicio de Urgencias, así como gasto medio en farmacia/paciente.

4.4.- Mapa de procesos del Servicio.



Los procesos estratégicos que forman parte del mapa de procesos de urgencias son tanto el Plan de Salud Regional, como el Acuerdo de Gestión de la Gerencia de Área ya que ellos marcan las líneas estratégicas que pueden influir en el Servicio de Urgencias.

Desde el punto de vista de los procesos operativos considero fundamental e imprescindible el llamado proceso de urgencias, que consiste en la especificación de todos los pasos a llevar cabo desde que un paciente, que demanda asistencia, entra en el Servicio (desde la misma toma de datos inicial), hasta que sale del Servicio con resolución de su demanda. Esto que puede parecer algo muy genérico es de suma importancia pues debe de establecer los circuitos internos de pacientes y los flujos de trabajo del personal del servicio, así como la ubicación correcta de cada paciente en todo momento. Forma parte fundamental del proceso de Urgencias el triaje que se encuadra en la parte inicial del proceso (recepción, acogida y clasificación del paciente) y que va a ser el punto de partida del recorrido del paciente por el Servicio de Urgencias hasta la resolución de su demanda asistencial.

Dentro de este proceso global de atención a las urgencias se pueden establecer subprocesos para determinadas patologías que precisan de protocolos evaluados con indicadores de calidad específicos para las mismas como podrían ser la atención al síndrome coronario agudo y la atención al ictus. Se pueden incluir otros subprocesos con las especificaciones que cada uno precise.

Este proceso de urgencias además es apoyado por los servicios disponibles de ayuda al diagnóstico (laboratorio y radiología), así como por las interconsultas que se puedan realizar a determinados especialistas en un momento dado.

Los procesos que soportan toda esta actividad son recursos humanos (que gestiona los contratos del personal fundamentalmente eventual y en épocas de vacaciones y sustituciones) , la dirección de gestión económica (que debe incluir el soporte financiero preciso para el Servicio en los presupuestos del Área), el soporte informático (tanto del propio Centro para mantenimiento de hardware y software genérico , como externo para el desarrollo y solución de problemas relacionados con la aplicación de gestión de información clínica e imágenes), el servicio de admisión (que interviene en el control de la capacidad del Centro para absorber la demanda de hospitalizaciones) y el servicio de gestión de residuos (para una correcta catalogación y procesamiento de los mismos).

4.5.- Calidad y seguridad del paciente.

Implantar una cultura de calidad en el Servicio debe ser prioritario, pero a la vez debe de ser gradual, pues en el momento actual se carece de la misma y debe acompañar a

la implantación progresiva de los procesos del Servicio, así pues es fundamental que la implantación del proceso de urgencias se acompañe de la medición de indicadores acerca de la clasificación correcta de los pacientes y la adecuación de los tiempos de espera a esa clasificación inicial. Esto se ha de hacer de forma dinámica, implicando a cada profesional en la valoración de la evolución de los indicadores, animándolos a alcanzar el objetivo de la mejora continua.

Si se consigue este primer paso se podrán continuar planificando medidas para la evaluación y mejora de la calidad de otros subprocesos asistenciales.

Respecto a la seguridad del paciente, al tratarse de un Servicio donde en ocasiones reina el caos es muy importante contar con un registro de notificaciones de efectos adversos, para evaluar cada uno de los casos. No obstante se pueden plantear medidas para evitar estos efectos adversos de forma proactiva: colocación de almohadillado en puntos de apoyo, cambios posturales y colchones antiescaras para evitar úlceras por presión, no dejar solos a pacientes con cierto grado de dependencia en salas sin vigilancia activa por parte de personal sanitario, comprobar la firmeza de las barandillas de las camas para evitar caídas, no dejar solos a pacientes psiquiátricos para evitar autolesiones, comprobar los datos del paciente con los datos de filiación de las prescripciones de tratamientos, ...

Además otro aspecto importante en este sentido es, en la medida de lo posible es actuar sobre la conciliación del tratamiento de los pacientes²⁰ en aras de prevenir errores en la medicación, que conducen a un incremento de la morbimortalidad y de los costes económicos. Se puede hacer una valoración global de la medicación que el paciente tiene prescrita antes del ingreso y después del proceso de urgencias, de forma que podamos adecuarla a las necesidades reales del paciente, y dar consejos al paciente acerca del uso de la misma, así como notificar a través del informe de alta cualquier anomalía, duplicidad u observación al médico de Atención Primaria del paciente.

4.6.- Atención centrada en el paciente.

El respeto a las preferencias personales por razones culturales, religiosas o ideológicas de los pacientes debe estar siempre presente en nuestras actuaciones, para ello el paciente debe estar plenamente informado de su problema de salud, y conocer las opciones disponibles de tratamiento, asumiendo la decisión final de la opción terapéutica deseada o el rechazo de la misma. Esto es especialmente importante, por ejemplo, en el caso de los Testigos de Jehová, que en una situación

de urgencia vital, que lo precise, rechazan la transfusión de hemoderivados. Para ello deben de haber protocolos de actuación específicos que respalden las actitudes a tomar.

Además deben de haber documentos de consentimiento informado para aquellas técnicas que si bien son propias de situaciones de emergencia, en ocasiones son demóralas en el tiempo con lo que el paciente puede recibir la información suficiente y otorgar su consentimiento: trasfusión de hemoderivados, punción lumbar, cardioversión eléctrica.

En no pocas ocasiones llegan pacientes al Servicio de Urgencias en situaciones que suponen más un problema social que realmente sanitario (falta de recursos económicos, personas mayores con cierto grado de dependencia y sin apoyo familiar, pacientes terminales con claudicación por parte de familiares), y debemos intentar coordinarnos con los recursos sociales (trabajador social del centro) para poder dar solución a la problemática que estos pacientes plantean.

Poco más se puede hacer desde el Servicio de Urgencias, centrándonos en el paciente, salvo intentar resolver de la forma más adecuada su demanda asistencial, intentando cumplir sus expectativas (pero no debemos olvidar que muchas veces se utiliza este recurso asistencial como “puerta de atrás” para adelantar la resolución de otros procesos asistenciales). Un indicador importante que nos puede reflejar el grado de satisfacción por parte del paciente o de la sensación subjetiva de la satisfacción de la demanda es el número de reclamaciones del Servicio, así como un análisis pormenorizado de las mismas.

4.7.- Guías clínicas y rutas asistenciales para una atención integrada.

En el momento actual no se sigue de forma consensuada ninguna guía clínica, ni existen protocolos, vías clínicas o rutas asistenciales para ninguna patología concreta. Con objeto de seguir las directrices de la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Murciano de Salud para la dispensación de nuevos anticoagulantes orales desde el Servicio de Farmacia Hospitalaria a los pacientes con fibrilación auricular de reciente de diagnóstico y de tiempo de inicio indeterminado (mayor de 48 horas) a los cuales se le vaya a programar cardioversión eléctrica sincronizada, se está en proceso de elaboración de una vía clínica en la cual el principal punto a resolver es la gestión de cita en el Servicio de Cardiología en el plazo adecuado para poder realizar la cardioversión en el plazo de 3-4 semanas desde el inicio de anticoagulación oral, como aconsejan las guías de tratamiento de esta patología. Otros puntos que afectan

a la guía para que esta esté centrada en el paciente son: dispensación de la medicación en el Servicio de Farmacia (los días laborales, resto del tiempo desde el Servicio de Urgencias Hospitalario) con una charla explicativa acerca del fármaco que se prescribe, para que se prescribe, duración prevista del tratamiento y posibles efectos secundarios, así como otras alternativas de tratamiento posible, de forma que el paciente sea capaz de comprender y tomar consciencia plena de su proceso. Además a las 72 horas de la prescripción el paciente acudirá a consulta de Hematología donde se volverá a explicar al paciente los cuidados a tener con la medicación prescrita.

Si no se consigue resolver el poder asegurar una cita en el tiempo adecuado en la Consulta de Cardiología el resto de la actuación no tiene sentido y este es un punto fundamental del protocolo, para que el paciente tras ser dado de alta en el Servicio de Urgencias (punto de inclusión en el protocolo y de dispensación de medicación) tenga ya programada las citas para la cumplimentación de todo el proceso asistencial planificado y sea dado de alta con toda la información necesaria respecto al proceso.

Además el paciente deberá de firmar un consentimiento informado previo a la realización del procedimiento de cardioversión eléctrica sincronizada programada (no urgente).

Si se consigue implantar esta vía clínica se podría planificar la implantación de otras vías.

Además es muy importante desarrollar de forma preferente, los protocolos de actuación ante la cardiopatía isquémica y el ictus dentro del nuestro Centro, adecuándolos a las recomendaciones de los protocolos regionales y asegurándonos el cumplimiento de los mismos. En el momento actual no hay ningún control sobre dicho cumplimiento por parte del Servicio de Urgencias.

Nos podemos plantear como objetivo la implantación al menos de una vía clínica al año.

4.8.- Gestión del conocimiento y e innovación. Actividad investigadora.

Una de las líneas de investigación prioritaria en este servicio, sería la relacionada con “Triage de pacientes en el Servicio de Urgencias”, con vistas a realizar la implantación de un sistema adecuado y evaluar posteriormente la adecuación de este a la demanda, así como los resultados obtenidos en la atención a los pacientes tras la implantación del mismo.

Otra de las líneas de investigación, que se pueden plantear en cualquier Servicio de Urgencias es sobre “Uso de antibióticos en el Servicio de Urgencias”, dado que en

este ámbito se pauta ampliamente antibioticoterapia de forma empírica y se debería observar la adecuación de estas prescripciones al perfil del paciente, a los resultados de estudios microbiológicos obtenidos con posterioridad y si son eficaces en el control de la infección. La importancia de esta línea de investigación planteada radica en la necesidad de hacer un uso adecuado de este arsenal terapéutico para evitar la aparición de resistencias y, a la vez, ser lo más efectivos posibles en la lucha contra las infecciones.

Al ser un Servicio de Urgencias de un hospital comarcal de primer nivel con una frecuentación media de 130 pacientes al día, es posible, que para plantear otras líneas de investigación, como podrían ser atención al ictus o a la cardiopatía isquémica, se deban realizar colaboraciones con Servicios de Urgencias de hospitales de similares características al nuestro (carencia de UCI, Unidad de Ictus, Hemodinámica Cardíaca, Cardiólogo o Neurólogo de guardia) que se hayan ubicados en nuestra misma Región. Difícilmente se pueden realizar actividades de investigación traslacional en este Centro, por ser de primer nivel asistencial. Este tipo de actividades normalmente se llevan a cabo en centros con mayor nivel de complejidad asistencial, así como en estudios multicéntricos.

Para la aplicación de los resultados obtenidos en otros centros, en aras de obtener una mejora de la calidad asistencial en este Centro, o incluso en el Servicio de Urgencias, es imprescindible estar al día de los resultados de dicha investigación que sean publicados, para lo cual creo que habría que hacer sesiones periódicas de revisiones bibliográficas en las áreas que sean de nuestro interés, designando por ejemplo un responsable para cada una de las áreas fijadas, y a partir de estas revisiones valorar si hay algún procedimiento novedoso y que aporte beneficios a nuestra actividad asistencial, con objeto de incorporarlo a nuestra práctica clínica diaria mediante la elaboración de protocolos específicos.

Un objetivo planteado en este punto sería fijar un mínimo de una sesión de revisión de literatura específica con periodicidad quincenal aproximadamente, versando cada una de ellas de un tema diferente (en función de las necesidades del Servicio o de las novedades publicadas en revistas científicas que versen sobre el ámbito de actuación de nuestro Servicio o presentaciones de casos clínicos de especial interés), a las que acudan más del 80 % de los profesionales del Servicio y más del 80% de los residentes ligados a la actividad del Servicio.

Otro objetivo que planteo en este punto fijar de partida un número mínimo de 3 comunicaciones a congresos al año, así como el envío a una revista relacionada con nuestro ámbito de actuación de al menos un artículo de investigación o caso clínico al año.

4.9.- Cuadro de Mando.

En función del plan de actuación descrito establecemos el siguiente cuadro de mando integral para monitorizar el plan de gestión del Servicio, en los aspectos que consideramos inicialmente más importantes de todo lo citado con anterioridad, abarcando las cuatro perspectivas del mismo:

La línea estratégica principal del plan de acción es la instauración del proceso de urgencias y como paso inicial la instauración de un triaje como parte fundamental del proceso, además de evitar la variabilidad en procesos fundamentales como cardiopatía isquémica e ictus; estos objetivos están recogidos en los indicadores de la perspectiva interna del CMI incluyendo la cardiopatía isquémica como subproceso tal y como está reflejada en el mapa de procesos.

El resto de objetivos estratégicos que se nombran en las otras perspectivas (financiera, clientes y aprendizaje-crecimiento) están en relación con el desarrollo de los puntos que constan con anterioridad en el desarrollo de plan de acción. Pensamos que de esta forma se resume de forma global un plan de acción inicial en el Servicio (con las 4 perspectivas que exige la elaboración de un CMI), aunque la línea estratégica principal sea la elaboración del proceso de urgencias.

Perspectiva financiera

Objetivo estratégico	Indicador	Metas	Iniciativas
Control del gasto derivado de la actividad del Servicio	Gasto en Radiología por paciente asistido en Urgencias y dado de alta.	Valoración de la evolución en el tiempo	Una vez determinado el gasto anual implantar medidas para una posible reducción del mismo en años sucesivos (protocolos, determinar adecuación de las pruebas)
Control del gasto derivado de la actividad del Servicio	Gasto en Laboratorio por paciente asistido en Urgencias y dado de alta.	Valoración de la evolución en el tiempo	Una vez determinado el gasto anual implantar medidas para una posible reducción del mismo en años sucesivos (protocolos, determinar adecuación de las pruebas)
Control del gasto derivado de la actividad del Servicio	Gasto en Farmacia por paciente asistido en Urgencias	Valoración de la evolución en el tiempo	Una vez determinado el gasto anual implantar medidas para una posible reducción del mismo en años sucesivos (adecuación de fármacos, uso de bioequivalentes de menor coste)

Perspectiva clientes.

Objetivo estratégico	Indicador	Metas	Iniciativas
Satisfacción usuarios	Tasa de reclamaciones	Establecer la tasa de reclamaciones habitual del Servicio para detectar variaciones de la misma	Control de reclamaciones haciendo un mapa de las mismas para dar solución a los problemas que las originan
Satisfacción de usuarios	Satisfacción de pacientes	Mayor o igual al 85%	Elaborar encuesta de satisfacción de usuarios, contabilizaremos aquellos que respondan “Muy buena” o “Excelente” en el ítem de valoración global de la atención recibida en el Servicio
Seguridad	Registro de eventos adversos	Existencia del registro	Uso de un registro automatizado de eventos adversos
Accesibilidad	Fugas	< 0.5%	Agilizar el proceso de atención para que no se marchen pacientes sin recibir la atención adecuada
Accesibilidad	Tiempo de espera para el triaje	100% de pacientes atendidos antes de los 10 minutos desde su llegada	Implantación de un sistema de triaje adecuado al Servicio.

Perspectiva interna.

Objetivo estratégico	Indicador	Metas	Iniciativas
Proceso de Urgencias	Tiempo en el triaje	Mayor o igual al 95% pacientes que están menos de 5 minutos en el triaje	Implantación de un sistema de triaje adecuado al servicio
Proceso de Urgencias	Clasificación correcta en triaje	Mayor o igual al 90% pacientes correctamente clasificados	Implantación de un sistema de triaje adecuado al servicio
Proceso de Urgencias	Porcentaje de ingresos desde Urgencias	Menor del 10% de ingresos de pacientes atendidos en Urgencias	Valorar la adecuación de los ingresos.
Proceso de Urgencias	Traslados a otro centro	Menos del 1% de pacientes trasladados a otro centro por razones diagnósticas y/o terapéuticas	Valorar la pertinencia de los traslados. Nos permitirá detectar la necesidad de otros servicios en el Área.
Subproceso de cardiopatía isquémica	ECG antes de 10 minutos	100% de pacientes con dolor torácico de características isquémicas con ECG antes de 10 minutos desde su llegada al Servicio	Implantación de un protocolo de cardiopatía isquémica
Subproceso de cardiopatía isquémica	Tiempo puerta-aguja	100% de pacientes subsidiarios de trombolisis, trombolizados antes de 30min	Implantación de un protocolo de cardiopatía isquémica

Perspectiva aprendizaje-crecimiento.

Objetivo estratégico	Indicador	Metas	Iniciativas
Sesiones clínicas	Numero de sesiones clínicas	Al menos una sesión clínica cada 15 días con asistencia de al menos el 80% de los facultativos y residentes con actividad en el Servicio	Establecer calendario de sesiones clínicas y asignación de las cada una de ellas a un responsable
Comunicaciones científicas	Número de comunicaciones	Al menos 3 comunicaciones científicas anuales a congresos participadas por miembros del Servicio	Incentivar la asistencia a reuniones científicas y participación activa en las mismas
Formación continuada	Horas de formación continuada	Mas del 80% de los médicos del Servicio con más de 60 horas de formación continuada al año.	Control de las certificaciones de las horas de formación continuada de los médicos del Servicio.

Bibliografía.

1. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado [Internet]. Madrid: Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado [citado 19 ene 2017]. Constitución Española. Disponible en: <https://www.boe.es/legislacion/documentos/ConstitucionCASTELLANO.pdf>.
2. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado [Internet]. Madrid: Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado [última modificación 13 jun 2015; citado 19 ene 2017]. Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1986/BOE-A-1986-10499-consolidado.pdf>
3. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado [Internet]. Madrid: Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado [citado 19 ene 2017]. REAL DECRETO 1517/1981, de 8 de julio, sobre traspasos de servicios de la Seguridad Social a la Generalidad de Cataluña en materia de Seguridad Social (INSALUD e INSERSO). Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1981/176/R16832-22662.pdf>.
4. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado [Internet]. Madrid: Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado [citado 19 ene 2017]. REAL DECRETO 1474/2001, de 27 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2001/12/29/pdfs/A50269-50273.pdf>.
5. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado [Internet]. Madrid: Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado [última modificación 15 ago 2016; citado 19 ene 2017]. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-10715-consolidado.pdf>.
6. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado [Internet]. Madrid: Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado [citado 19 ene 2017]. REAL DECRETO 866/2001, de 20 de julio, por el que se crean las categorías y modalidades de médicos de urgencia hospitalaria y de médicos de admisión y documentación clínica en el ámbito de las instituciones sanitarias del INSALUD. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2001/08/06/pdfs/A29020-29023.pdf>.
7. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Madrid; Instituto Nacional de Estadística. [citado 15 dic 2016]. Padrón. Población por municipios. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t20/e245/&file=inebase>.
8. Murcia+salud. [Internet]. Murcia: El portal sanitario de la Región de Murcia. Consejería de Sanidad. Servicio Murciano de Salud. [citado 15 dic 2016]. Área de Salud IV (Noroeste). Disponible en: http://www.murciasalud.es/caps.php?op=mostrar_area&id_area=4&idsec=6.
9. Instituto Murciano de Acción Social [Internet]. Murcia: Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Instituto Murciano de Acción Social. [citado 15 dic 2016]. Disponible en: [http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=156&IDTIPO=140&RASTRO=c\\$m22660](http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=156&IDTIPO=140&RASTRO=c$m22660).
10. Murcia+salud. [Internet]. Murcia: El portal sanitario de la Región de Murcia. Consejería de Sanidad. Servicio Murciano de Salud. [citado 15 dic 2016]. Directorio de asociaciones s y federaciones de enfermos. Disponible en: [https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/136629-directorio.pdf](http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/136629-directorio.pdf).

11. Área IV Noroeste [Internet]. Murcia: Intranet Área IV. [citado 15 di 2016]. Disponible en: <http://www.noroeste.sms.carm.es/>.
12. Murcia+salud. [Internet]. Murcia: El portal sanitario de la Región de Murcia. Consejería de Sanidad. Servicio Murciano de Salud; 2010 [citado 15 dic 2016]. Plan de Salud 2010-2015 de la Región de Murcia. Disponible en: https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/185877-Plan_salud_2010-2015.pdf.
13. Área IV Noroeste [Internet]. Murcia: Intranet Área IV; 2013 [citado 15 dic 2016]. Disponible en: http://www.noroeste.sms.carm.es/index.php?option=com_remository&Itemid=31&func=select&id=9.
14. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [Internet]. Madrid: Indicadores Clave Sistema Nacional de Salud [consultado 15 dic 2016]. Disponible en: <http://inclasns.msssi.es/main.html>.
15. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [Internet]. Madrid: Portal Estadístico del Sistema Nacional de Salud [citado 15 dic 2016]. Disponible en: <http://pestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es/publicoSNS/Comun/DefaultPublico.aspx>.
16. Carretero-Bellón J, Closa-Monasterolo R, Allué-Martínez X, Jarrod-Pamias M. La densidad horaria de pacientes acumulados como índice de saturación de urgencias. *Emergencias*. 2006; 18:215-218.
17. Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Urgencias Hospitalaria. Estándares y Recomendaciones. Madrid; 2010, pp 86-89.
18. Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Urgencias Hospitalarias. Estandares y Recomendaciones. Madrid 2010, p 5.
19. Marcos M., Hernández-García I., Ceballos-Alonso C., Martínez-Iglesias R., Mirón-Canelo JA., Laso FJ. Influencia de las unidades de corta estancia en la calidad de la atención hospitalaria en España. Revisión sistemática. *Rev Calid Asist*. 2013;28(4):199-206.
20. Calderón-Hernanz B., Oliver-Noguera A., Tomás-Vecina S., Baena-Parejo MI., García-Peláez M., Juanes-Borrego A., et al. Conciliación de los medicamentos en los servicios de urgencias. *Emergencias* 2013; 25: 204-217

Índice de figuras

Figura 1. Delimitación geográfica del Área IV de Salud de la Región de Murcia.....	7
Figura 2. Zonas Básicas de Salud de Caravaca de la Cruz y Caravaca de la Cruz/ Barranda.....	12
Figura 3. Zona Básica de Salud de Cehegín.....	14
Figura 4. Zona Básica de Salud de Calasparra.....	15
Figura 5. Zona Básica de Salud de Bullas	16
Figura 6. Zona Básica de Salud de Moratalla	17

Índice de tablas.

Tabla 1. Datos de hospitalización Hospital Comarcal del Noroeste de la Región de Murcia 2011-2015.....	24
Tabla 2. Datos frecuentación absolutos en Consultas Externas Hospital Comarcal del Noroeste de la Región de Murcia 2011-2015.....	24
Tabla 3. Datos de exploraciones TAC. Ecografía y RMN realizadas en el Área IV del Servicio Murciano de Salud 2011-2015.....	24-25
Tabla 4. Datos de actividad quirúrgica Hospital Comarcal del Noroeste de la Región de Murcia 2011-2015	25
Tabla 5. Datos de lista de espera quirúrgica Hospital Comarcal del Noroeste de la Región de Murcia 2011-2015.....	25
Tabla 6. Datos de actividad del Hospital de día Médico Hospital Comarcal del Noroeste de la Región de Murcia 2011-2015.....	25
Tabla 7. Clasificación inicial de pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital Comarcal del Noroeste de la Región de Murcia, 2011-2015	36
Tabla 8. Destino al alta de los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital Comarcal del Noroeste de la Región de Murcia, 2011-2015.....	37
Tabla 9. Facultativo responsable del alta del paciente atendido en el Servicio de Urgencias del Noroeste de la Región de Murcia, 2011-2015.....	38
Tabla 10. Datos de frecuentación del Servicio de Urgencias del Noroeste de la Región de Murcia (total,media,mediana,moda, maximo y minimo diarios) , 2011-2015.....	40
Tabla 11. Media de frecuentacion diaria, distribuida por meses, en el Servicio de Urgencias del Hospital Comarcal del Noroeste de la Región de Murcia, 2011-2015...	41

Tabla 12. Porcentaje de distribución por días de la semana de los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital Comarcal del Noroeste de la Región de Murcia, 2011-2015.....	41
---	----

Índice de gráficos.

Gráfico 1. Clasificación inicial de pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital Comarcal del Noroeste de la Región de Murcia, 2011-2015	36
Gráfico 2. Destino al alta de los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital Comarcal del Noreste de la Región de Murcia, 2011-2015	37
Gráfico 3. Facultativo responsable del alta del paciente atendido en el Servicio de Urgencias del Noroeste de la Región de Murcia, 2011-2015.....	38
Gráfico 4. Datos de frecuentación del Servicio de Urgencias del Noroeste de la Región de Murcia (total,media,mediana,moda, máximo y mínimo diarios) , 2011-2015	40
Gráfico 5. Media de frecuentación diaria, distribuida por meses, en el Servicio de Urgencias del Hospital Comarcal del Noroeste de la Región de Murcia, 2011-2015...	41
Gráfico 6. Porcentaje de distribución por días de la semana de los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital Comarcal del Noroeste de la Región de Murcia, 2011-2015.....	41
Gráfico 7. Frecuentación media por tramos horarios en el Servicio de Urgencias del Hospital del Noroeste de la Región de Murcia, 2011-2015.....	42
Gráfico 8. Densidad media de pacientes, por tramos horarios, en el Servicio de Urgencias del Hospital Comarcal del Noroeste de la Región de Murcia, 2011-2015...	42