

UNIVERSIDAD DE LEÓN

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS BIOMÉDICAS

TESIS DOCTORAL



“ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN DE LA DEMANDA ASISTENCIAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN”

MARÍA DEL CARMEN RODRÍGUEZ GARCÍA

LEÓN, 2012

UNIVERSIDAD DE LEÓN

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS BIOMÉDICAS

TESIS DOCTORAL



“ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN DE LA DEMANDA ASISTENCIAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN”

DIRECTOR:

Dr. Santiago Vivas Alegre

DOCTORANDO

María del Carmen Rodríguez García

León, 2012

**ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN DE LA
DEMANDA ASISTENCIAL EN EL
SERVICIO DE URGENCIAS DEL
COMPLEJO ASISTENCIAL
UNIVERSITARIO DE LEÓN**

A mi madre, por sus valores, generosidad y por estar a mi lado en todo momento.

*A mi marido, Luis, por su confianza, su estímulo y su amor, y sin cuyo apoyo no hubiera sido posible
llevar a cabo este trabajo.*

A todos los profesionales de la Salud que trabajan en los Servicios de Urgencias Hospitalarios

AGRADECIMIENTOS

Al finalizar un trabajo tan complejo como el desarrollo de una tesis doctoral es inevitable que te asalte un muy humano egocentrismo que te lleva a concentrar la mayor parte del mérito en el aporte que has hecho. Sin embargo, el análisis objetivo te muestra inmediatamente que la magnitud de ese aporte hubiese sido imposible sin la participación de personas e instituciones que han facilitado las cosas para que este proyecto llegue a un feliz término. Por ello, es para mí un verdadero placer utilizar este espacio para ser justa, y quiero manifestar mi más sincero agradecimiento a todas aquellas personas que han hecho posible la realización de este trabajo sin los cuales tengo la seguridad de que no podría haber finalizado.

Debo agradecer de manera especial y sincera al Dr. Santiago Vivas Alegre, por aceptarme para realizar esta tesis doctoral bajo su dirección. Su apoyo y confianza en mi trabajo y su capacidad para guiar mis ideas ha sido un aporte invaluable. Las ideas propias, siempre enmarcadas en su orientación y rigurosidad, han sido la clave del buen trabajo que hemos realizado juntos, el cual no se puede concebir sin su siempre oportuna participación.

Al equipo directivo del Hospital de León: Juan Luis Burón, Pilar Fernández, Pilar González, José Nicolás, José Cañas y Lorenzo Jimeno, por su apoyo incondicional en la realización de este proyecto, y por facilitarme el acceso a los datos necesarios para desarrollarlo.

A mi Jefe, Lorenzo, compañero y amigo, que desde que me conoce ha confiado en mí como persona y como profesional, y con sus consejos me ha enseñado a seguir adelante a pesar de las dificultades que hay que afrontar.

A las personas que trabajan diariamente en el Servicio de Urgencias del Complejo Asistencial Universitario de León, haciendo especial mención a Cova, Trini y también Mercedes, que me apoyan, me miman y cuidan como si de su hija se tratara; y como no, a Nuria, excelente profesional y buena amiga.

A todos mis amigos por su confianza y lealtad.

A mi familia, lo más importante de mi vida, por estar siempre presente, responder ante cualquier problema y por darme su apoyo cuando más lo necesitaba. A mi madre, por enseñarme el camino a seguir, por cuidar de mí y de todas esas cosas que hacen la vida agradable, y por su sacrificio y esfuerzo que me ha permitido cumplir la ilusión de mi vida, ser Médico. A mi hermano, por ser un buen amigo y por saber transmitirme cuando lo necesité, ánimo, fuerza y confianza. A mi hermana y mi sobrina, por su apoyo incondicional. A mi marido, por su tiempo, sus consejos, su paciencia y porque mis ideales, esfuerzos y logros han sido también suyos.

A todos ellos porque directa o indirectamente han contribuido al cumplimiento de mis más importantes metas, y porque han sido también una fuente de estímulo y dedicación a mi Carrera Profesional. ¡Por ellos y para ellos!.

ABREVIATURAS

- ▶ ACEP: American College of Emergency Physicians.
- ▶ AMA: Asociación de Medicina Americana.
- ▶ AP: Atención Primaria.
- ▶ APD: Asistencia Pública Domiciliaria.
- ▶ ATS/DUE: Ayudante Técnico Sanitario / Diplomado Universitario en Enfermería.
- ▶ CAESNS: Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud.
- ▶ CAULE: Complejo Asistencial Universitario de León.
- ▶ CCAA: Comunidades Autónomas.
- ▶ CCU: Centro Coordinador de Urgencias.
- ▶ CPK: Creatinfosfoquinasa.
- ▶ CPK-MB: Fracción Miocárdica de Creatinfosfoquinasa
- ▶ DEA: Desfibrilador automático.
- ▶ EAP: Equipo de Atención Primaria.
- ▶ GRD: Grupos Relacionados por el Diagnóstico.
- ▶ INSALUD: Instituto Nacional de la Salud.
- ▶ LDH: lactato deshidrogenasa.
- ▶ MDPMCT: Media Diaria del Pico Mensual de Carga de Trabajo.
- ▶ MIR: Médico Interno Residente.
- ▶ MUE: Medicina de Urgencias y Emergencias.
- ▶ MUH: Médico de Urgencias Hospitalarias.
- ▶ OMS: Organización Mundial de la Salud.
- ▶ ORL: Otorrinolaringología.
- ▶ PAC: Punto de Atención Continuada.
- ▶ PAUH: Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias.
- ▶ PAUHm: Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias modificado.
- ▶ pdct: Pico de Carga de Trabajo por Turno.
- ▶ PDCT: Pico Diario de Carga de Trabajo.
- ▶ PMCT: Pico Mensual de Carga de Trabajo.
- ▶ SACYL: Salud de la Junta de Castilla y León.
- ▶ SAMUR: Servicio de Asistencial Municipal de Urgencia y Rescate.
- ▶ SEMES: Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias.
- ▶ SEU: Servicios Especiales de Urgencias.
- ▶ SNS: Sistema Nacional de Salud.
- ▶ SNU: Servicios Normales de Urgencias.
- ▶ SOE: Seguro Obligatorio de Enfermedad.
- ▶ SUAP: Servicios de Urgencias de Atención Primaria.
- ▶ SUH: Servicio de Urgencias Hospitalario.

- ▮ SVA: Soporte Vital Avanzado.
- ▮ SVB: Soporte Vital Básico.
- ▮ ZBS: Zona Básica de Salud.

INDICE DE CONTENIDO

ÍNDICE DE CONTENIDO

INDICE DE CONTENIDO	17
INDICE DE FIGURAS Y TABLAS	25
▪ A. INDICE DE FIGURAS	27
▪ B. INDICE DE TABLAS.....	30
I. INTRODUCCIÓN	33
1. DEFINICIÓN DE URGENCIA MÉDICA.....	35
2. MEDICINA DE URGENCIAS	37
3. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA ATENCIÓN URGENTE.....	38
4. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA ATENCIÓN URGENTE EN ESPAÑA.....	40
5. LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS: PASADO Y PRESENTE	47
6. PROBLEMÁTICA ACTUAL DE LOS SUH	49
▪ FRECUENTACIÓN Y SATURACIÓN DE LOS SUH.....	50
▪ USO INADECUADO DE LOS SUH	54
7. CARACTERÍSTICAS Y CONTROVERSIAS DE LOS SUH	58
8. LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS.....	64
▪ ACTIVIDAD INVESTIGADORA DE LOS MUH	67
9. EL SISTEMA DE SALUD CASTELLANO – LEONÉS.....	69
▪ ESTRUCTURA SANITARIA DE CASTILLA Y LEÓN	70
10. CARACTERÍSTICAS DEL COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN	71
▪ CARTERA DE SERVICIOS	72
11. EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEON.....	72
▪ RECURSOS.....	73
▪  RECURSOS DE INFRAESTRUCTURA.....	73
▪  RECURSOS HUMANOS.	74
▪ CARTERA DE SERVICIOS	75
▪ ORGANIGRAMA FUNCIONAL DEL SUH DEL CAULE.	79
▪ DOCUMENTACIÓN	79

II. JUSTIFICACIÓN, HIPÓTESIS Y OBJETIVOS DEL ESTUDIO	81
1. JUSTIFICACIÓN E HIPÓTESIS	83
2. OBJETIVOS.....	85
▪ OBJETIVOS GENERALES.....	85
▪ OBJETIVOS ESPECÍFICOS	85
III. MATERIAL Y METODOLOGÍA	87
1. DISEÑO Y ÁMBITO DEL ESTUDIO.	89
2. MARCO GEOGRÁFICO.....	89
3. MARCO DEMOGRÁFICO.....	90
4. ASISTENCIA SANITARIA DEL ÁREA DE SALUD DE LEÓN	93
5. FUENTE DE INFORMACIÓN	95
6. DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES.....	96
7. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	98
IV. RESULTADOS	101
1. ANÁLISIS POBLACIONAL.....	103
▪ DISTRIBUCIÓN POR SEXO.....	103
▪ DISTRIBUCIÓN POR EDAD.....	103
▪ DISTRIBUCIÓN POR EDAD Y SEXO	104
2. ANÁLISIS DE LA FRECUENTACIÓN.....	106
▪ DISTRIBUCIÓN GENERAL ANUAL DE LA DEMANDA.....	106
▪ DISTRIBUCIÓN ANUAL DE LA DEMANDA POR ÁREAS ASISTENCIALES	106
▪ DISTRIBUCIÓN GENERAL HORARIA DE LA DEMANDA.....	111
▪ DISTRIBUCIÓN HORARIA DE LA DEMANDA POR ÁREAS ASISTENCIALES.....	112
▪ DISTRIBUCIÓN GENERAL DE LA DEMANDA EN FUNCIÓN DE LOS TURNOS LABORALES	116
▪ DISTRIBUCIÓN SEGÚN LAS ÁREAS ASISTENCIALES Y EN FUNCIÓN DE LOS TURNOS LABORALES	117
▪ DISTRIBUCIÓN SEMANAL GENERAL DE LA DEMANDA.....	121
▪ DISTRIBUCIÓN SEMANAL DE LA DEMANDA POR ÁREAS ASISTENCIALES.....	122

▪	DISTRIBUCIÓN MENSUAL GENERAL DE LA DEMANDA.....	126
▪	DISTRIBUCIÓN MENSUAL DE LA DEMANDA POR ÁREAS ASISTENCIALES.....	127
▪	DISTRIBUCIÓN ESTACIONAL DE LA DEMANDA ASISTENCIAL	131
3.	ANÁLISIS DE INGRESOS.....	131
▪	COMPARATIVA ANUAL Y DISTRIBUCIÓN MENSUAL DE LOS INGRESOS	131
▪	ANÁLISIS DE LOS INGRESOS POR ESPECIALIDADES	133
4.	ANÁLISIS DE LOS ACCIDENTES DE TRÁFICO.	136
▪	DISTRIBUCIÓN MENSUAL DE LOS ACCIDENTES DE TRÁFICO.....	136
▪	DISTRIBUCIÓN ANUAL DE LOS ACCIDENTES DE TRÁFICO	136
5.	ANÁLISIS DE LOS ACCIDENTES LABORALES.....	137
▪	DISTRIBUCIÓN MENSUAL DE LOS ACCIDENTES LABORALES	137
▪	DISTRIBUCIÓN ANUAL DE LOS ACCIDENTES LABORALES	138
6.	OTROS INDICADORES ASISTENCIALES.	139
▪	TASA DE MORTALIDAD ANUAL.....	139
▪	PORCENTAJE DE ALTAS VOLUNTARIAS	140
▪	PRESIÓN DE URGENCIAS.....	140
▪	PICO MENSUAL DE CARGA DE TRABAJO (PMCT)	142
▪	MEDIA DIARIA DEL PICO MENSUAL DE CARGA DE TRABAJO (MDPMCT).....	147
▪	PICO DIARIO DE CARGA DE TRABAJO (PDCT).....	149
▪	PICO DE CARGA DE TRABAJO POR TURNO.....	150
▪	NÚMERO DE FACULTATIVOS NECESARIOS	151
▪	COMPARATIVA ANUAL DE LOS TRASLADOS A CENTROS CONCERTADOS CON SACYL.	152
V.	DISCUSIÓN	155
1.	CONSIDERACIONES PREVIAS	157
2.	ASPECTOS GENERALES.....	158
▪	LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	158
▪	CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA.....	160
3.	DISCUSIÓN DE LA FRECUENTACIÓN.....	161
▪	VALORACIÓN DE LA DEMANDA ASISTENCIAL.....	161

4. DISCUSIÓN DE LOS INGRESOS REALIZADOS DESDE EL SUH	167
5. DISCUSIÓN DE LOS ACCIDENTES DE TRÁFICO	169
6. DISCUSIÓN DE LOS ACCIDENTES LABORALES.....	170
7. DISCUSIÓN DE OTROS INDICADORES ASISTENCIALES.....	170
▪ TASA DE MORTALIDAD, PORCENTAJE DE ALTAS VOLUNTARIAS, PRESIÓN DE URGENCIAS.....	170
▪ INDICADORES ASISTENCIALES (AMERICAN COLLEGE OF EMERGENCY PHYSICIANS)	171
▪ NÚMERO DE FACULTATIVOS NECESARIOS	172
▪ TRASLADOS A CENTROS CONCERTADOS CON SACYL.....	174
8. PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN Y MEJORA.....	174
VI. CONCLUSIONES	177
ANEXOS.....	181
▪ ANEXO I. PROTOCOLO DE ADECUACION DE URGENCIAS HOSPITALARIAS (PAUH) ..	183
▪ ANEXO II. PROTOCOLO DE ADECUACIÓN DE URGENCIAS HOSPITALARIAS MODIFICADO (PAUHM)	184
▪ ANEXO III. FUNCIONES DEL MEDICO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS (REAL DECRETO 866/2001 DE 20 DE JULIO).....	186
▪ ANEXO IV. ÁREAS DE SALUD DE LA COMUNIDAD DE CASTILLA Y LEÓN	187
▪ ANEXO V. PLANO DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL CAULE.....	188
▪ ANEXO VI. ESTRUCTURA FÍSICA DEL SUH DEL CAULE.	189
▪ ANEXO VII. ORGANIGRAMA DEL SUH DEL CAULE	194
▪ ANEXO VIII. FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES DE LOS DIFERENTES MIEMBROS DEL SUH DEL CAULE.....	195
✚ I. COORDINADOR/A MÉDICO/A DEL SERVICIO DE URGENCIAS.....	195
✚ II. MÉDICO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS.....	199
✚ III. EL MÉDICO RESIDENTE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	203
✚ IV. SUPERVISORA DEL SERVICIO DE URGENCIAS.....	205
✚ V. ENFERMERA/O DEL SERVICIO DE URGENCIAS	209
✚ VI. TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA.....	214
✚ VII. CELADOR ADSCRITO AL SERVICIO DE URGENCIAS.	217
▪ ANEXO IX. ORGANIGRAMA FUNCIONAL DEL SUH.....	219
▪ ANEXO X. DOCUMENTACIÓN DEL SUH	220
▪ ANEXO XI. ZONAS BÁSICAS DE SALUD DEL ÁREA DE LEÓN	225
▪ ANEXO XII. TABLAS DE DATOS.	226

✚ TABLA DE DATOS NÚMERO 1: DISTRIBUCIÓN ANUAL POR SEXO.....	226
✚ TABLA DE DATOS NÚMERO 2: DISTRIBUCIÓN ANUAL POR EDAD.....	226
✚ TABLA DE DATOS NÚMERO 3: DISTRIBUCIÓN POR EDAD Y SEXO MASCULINO	227
✚ TABLA DE DATOS NÚMERO 4: DISTRIBUCIÓN POR EDAD Y SEXO FEMENINO.	227
✚ TABLA DE DATOS NÚMERO 5: DISTRIBUCIÓN ANUAL DE LA DEMANDA POR ÁREAS ASISTENCIALES.	228
✚ TABLA DE DATOS NÚMERO 6: DISTRIBUCIÓN HORARIA DE LA DEMANDA....	228
✚ TABLA DE DATOS NÚMERO 7: DISTRIBUCIÓN HORARIA DE LA DEMANDA EN EL ÁREA DE GENERALES	229
✚ TABLA DE DATOS NÚMERO 8: DISTRIBUCIÓN HORARIA DE LA DEMANDA EN EL ÁREA DE TRAUMATOLOGÍA.....	230
✚ TABLA DE DATOS NÚMERO 9: DISTRIBUCIÓN HORARIA DE LA DEMANDA EN EL ÁREA DE PEDIATRÍA.....	231
✚ TABLA DE DATOS NÚMERO 10: DISTRIBUCIÓN HORARIA DE LA DEMANDA EN EL ÁREA DE GINECOLOGÍA.....	232
✚ TABLA DE DATOS NÚMERO 11: DISTRIBUCIÓN HORARIA DE LA DEMANDA EN EL ÁREA DE TOCOLOGÍA	233
✚ TABLA DE DATOS NÚMERO 12: DISTRIBUCIÓN HORARIA DE LA DEMANDA EN EL ÁREA DE OFTALMOLOGÍA	234
✚ TABLA DE DATOS NÚMERO 13: DISTRIBUCIÓN HORARIA DE LA DEMANDA EN EL ÁREA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA	235
✚ TABLA DE DATOS NÚMERO 14: DISTRIBUCIÓN GENERAL DE LA DEMANDA SEGÚN LOS TURNOS LABORALES.....	235
✚ TABLA DE DATOS NÚMERO 15: DISTRIBUCIÓN SEGÚN LAS ÁREAS ASISTENCIALES Y EN FUNCIÓN LOS TURNOS LABORALES.	236
✚ TABLA DE DATOS NÚMERO 16: DISTRIBUCIÓN SEMANAL GENERAL DE LA DEMANDA.	237
✚ TABLA DE DATOS NÚMERO 17: DISTRIBUCIÓN SEMANAL DE LA DEMANDA EN LAS DIFERENTES ÁREAS ASISTENCIALES.....	237
✚ TABLA DE DATOS NÚMERO 18: DISTRIBUCIÓN MENSUAL GENERAL DE LA DEMANDA	239
✚ TABLA DE DATOS NÚMERO 19: DISTRIBUCIÓN MENSUAL DE LA DEMANDA POR ÁREAS ASISTENCIALES.....	239
✚ TABLA DE DATOS NÚMERO 20: DISTRIBUCIÓN ESTACIONARIA DE LA DEMANDA ASISTENCIAL	241
✚ TABLA DE DATOS NÚMERO 21: DISTRIBUCIÓN ANUAL Y MENSUAL DE LOS INGRESOS.	242
✚ TABLA DE DATOS NÚMERO 22: DISTRIBUCIÓN DE INGRESOS POR ESPECIALIDADES.	243
✚ TABLA DE DATOS NÚMERO 23: DISTRIBUCIÓN MENSUAL DE LOS ACCIDENTES DE TRÁFICO.....	244
✚ TABLA DE DATOS NÚMERO 24: DISTRIBUCIÓN ANUAL DE LOS ACCIDENTES DE TRÁFICO.....	244

✚ TABLA DE DATOS NÚMERO 25: DISTRIBUCIÓN MENSUAL DE LOS ACCIDENTES LABORALES.....	245
✚ TABLA DE DATOS NÚMERO 26: DISTRIBUCIÓN ANUAL DE LOS ACCIDENTES LABORALES.....	245
✚ TABLA DE DATOS NÚMERO 27: TASA DE MORTALIDAD.....	246
✚ TABLA DE DATOS NÚMERO 28: PORCENTAJE DE ALTAS VOLUNTARIAS.....	246
✚ TABLA DE DATOS NÚMERO 29: PRESIÓN DE URGENCIAS.....	247
✚ TABLA DE DATOS NÚMERO 30: PICO MENSUAL DE CARGA DE TRABAJO.....	248
✚ TABLA DE DATOS NÚMERO 31: MEDIA DIARIA DEL PICO MENSUAL DE CARGA DE TRABAJO.....	249
✚ TABLA DE DATOS NÚMERO 32: PICO DIARIO DE CARGA DE TRABAJO.....	250
✚ TABLA DE DATOS NÚMERO 33: PICO DE CARGA DE TRABAJO POR TURNO...	251
✚ TABLA DE DATOS NÚMERO 34: NÚMERO DE FACULTATIVOS NECESARIOS...	252
✚ TABLA DE DATOS NÚMERO 35: COMPARATIVA ANUAL DE LOS TRASLADOS A CENTROS CONCERTADOS CON SACYL.....	252
✚ TABLA DE DATOS NÚMERO 36: RELACIÓN DE INGRESOS REALIZADOS EN EL CAULE Y LOS REALIZADOS EN CENTROS CONCERTADOS.....	253
BIBLIOGRAFÍA.....	255
CURRICULUM VITAE	269

INDICE DE FIGURAS Y TABLAS

A. INDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. Evolución de las urgencias atendidas en los Hospitales del territorio nacional	44
FIGURA 2. Evolución de las urgencias atendidas en los Hospitales de Castilla y León.	44
FIGURA 3. Evolución de las urgencias atendidas en el CAULE.	45
FIGURA 4. Autonomía de Castilla y León.	61
FIGURA 5. Visión aérea simulada del Complejo Asistencial Universitario de León.	65
FIGURA 6. Áreas de Salud de la provincia de León.	78
FIGURA 7. Evolución de la población de Castilla y León en la última década.	79
FIGURA 8. Evolución de la población de Castilla y León según el sexo en la última década.	79
FIGURA 9. Evolución de la población de León en la última década.	80
FIGURA 10. Evolución de la población de León según el sexo en la última década.	80
FIGURA 11. Pirámide de población de la provincia de León.	81
FIGURA 12. Distribución por sexo.	89
FIGURA 13. Distribución por edad	90
FIGURA 14. Distribución por edad del sexo masculino	91
FIGURA 15. Distribución por edad del sexo femenino.	91
FIGURA 16. Distribución general anual de la demanda.	92
FIGURA 17. Distribución anual de la demanda por áreas asistenciales.	93
FIGURA 18. Análisis de regresión lineal en el área de Urgencias Generales.	94
FIGURA 19. Análisis de regresión lineal en el área de Oftalmología.	94
FIGURA 20. Análisis de regresión lineal en el área de Pediatría.	95
FIGURA 21. Análisis de regresión lineal en el área de Traumatología.	95
FIGURA 22. Análisis de regresión lineal en el área de Ginecología.	96
FIGURA 23. Análisis de regresión lineal en el área de ORL.	96
FIGURA 24. Análisis de regresión lineal en el área de Tocología.	97
FIGURA 25. Distribución general horaria de la demanda.	98
FIGURA 26. Distribución horaria de la demanda en el área de Generales.	99

FIGURA 27. Distribución horaria de la demanda en el área de Traumatología.	99
FIGURA 28. Distribución horaria de la demanda en el área de Pediatría.	100
FIGURA 29. Distribución horaria de la demanda en el área de Ginecología.	100
FIGURA 30. Distribución horaria de la demanda en el área de Tocología.	101
FIGURA 31. Distribución horaria de la demanda en el área de Oftalmología.	101
FIGURA 32. Distribución horaria de la demanda en el área de Otorrinolaringología.	102
FIGURA 33. Distribución general de la demanda en función de los turnos laborales.	103
FIGURA 34. Distribución en función de los turnos laborales en el área de Generales.	104
FIGURA 35. Distribución en función de los turnos laborales en el área de Traumatología.	104
FIGURA 36. Distribución en función de los turnos laborales en el área de Pediatría.	105
FIGURA 37. Distribución en función de los turnos laborales en el área de Ginecología.	105
FIGURA 38. Distribución en función de los turnos laborales en el área de Tocología.	106
FIGURA 39. Distribución en función de los turnos laborales en el área de Oftalmología.	106
FIGURA 40. Distribución en función de los turnos laborales en el área de ORL.	107
FIGURA 41.. Distribución semanal general de la demanda.	108
FIGURA 42. Distribución semanal de la demanda en el área de Generales.	109
FIGURA 43. Distribución semanal de la demanda en el área de Traumatología.	109
FIGURA 44. Distribución semanal de la demanda en el área de Pediatría.	110
FIGURA 45. Distribución semanal de la demanda en el área de Ginecología.	110
FIGURA 46. Distribución semanal de la demanda en el área de Tocología.	111
FIGURA 47. Distribución semanal de la demanda en el área de Oftalmología.	111
FIGURA 48. Distribución semanal de la demanda en el área de ORL.	112
FIGURA 49. Distribución mensual general de la demanda.	112
FIGURA 50. Distribución mensual de la demanda en el área de Generales.	113
FIGURA 51. Distribución mensual de la demanda en el área de Traumatología.	114
FIGURA 52. Distribución mensual de la demanda en el área de Pediatría.	114
FIGURA 53. Distribución mensual de la demanda en el área de Ginecología.	115
FIGURA 54. Distribución mensual de la demanda en el área de Tocología.	115
FIGURA 55. Distribución mensual de la demanda en el área de Oftalmología.	116

FIGURA 56. Distribución mensual de la demanda en el área de ORL.	116
FIGURA 57. Distribución estacional de la demanda asistencial.	117
FIGURA 58. Distribución mensual de los ingresos.	118
FIGURA 59. Comparativa anual de los ingresos.	118
FIGURA 60. Análisis de regresión lineal del número de ingresos totales.	119
FIGURA 61. Distribución de los ingresos por especialidades.	120
FIGURA 62. Distribución mensual de los accidentes de tráfico.	122
FIGURA 63. Distribución anual de los accidentes de tráfico.	123
FIGURA 64. Distribución mensual de los accidentes laborales.	124
FIGURA 65. Distribución anual de los accidentes laborales.	124
FIGURA 66. Comparativa anual de la tasa de mortalidad.	125
FIGURA 67. Comparativa anual del porcentaje de altas voluntarias	126
FIGURA 68. Comparativa de la Presión de Urgencias.	127
FIGURA 69. Comparativa de la Presión de Urgencias (excluyendo Ginecología y Pediatría)	127
FIGURA 70: PMCT del global de las urgencias.	128
FIGURA 71: PMCT en función de las áreas asistenciales.	129
FIGURA 72: Análisis de regresión lineal del PMCT en el área de Generales.	130
FIGURA 73: Análisis de regresión lineal del PMCT en el área de Traumatología.	130
FIGURA 74: Análisis de regresión lineal del PMCT en el área de Pediatría.	131
FIGURA 75: Análisis de regresión lineal del PMCT en el área de Ginecología.	131
FIGURA 76: Análisis de regresión lineal del PMCT en el área de Tocología.	132
FIGURA 77: Análisis de regresión lineal del PMCT en el área de Oftalmología.	132
FIGURA 78: Análisis de regresión lineal del PMCT en el área de ORL.	133
FIGURA 79. MDPMCT del global de las urgencias.	134
FIGURA 80. MDPMCT en función de las áreas asistenciales.	134
FIGURA 81. PDCT del global de las urgencias.	135
FIGURA 82. PDCT en función de las áreas asistenciales.	136
FIGURA 83. pdct del global de las urgencias.	137
FIGURA 84. pdct en función de las áreas asistenciales.	137

FIGURA 85. Número de facultativos necesarios.	138
FIGURA 86. Comparativa anual de los traslados a Centros Concertados con SACYL.	140
FIGURA 87. Relación de ingresos realizados en el CAULE y los realizados en Centros Concertados.	140
FIGURA 88. Tasa de frecuentación de urgencias de las diferentes CCAA por cada 1000 habitantes.	146

B. INDICE DE TABLAS

TABLA 1. Datos demográficos de las provincias que constituyen la autonomía de Castilla y León.	62
TABLA 2. Cartera de Servicios del CAULE.	64
TABLA 3. Análisis de la evolución de los ingresos en cada servicio según el porcentaje respecto al total y según el número absoluto.	121

I. INTRODUCCIÓN

1. DEFINICIÓN DE URGENCIA MÉDICA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define Urgencia Sanitaria como *“la aparición fortuita (imprevista e inesperada) en cualquier lugar o actividad, de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia”*. Asimismo, la OMS establece que la Urgencia es *“aquella patología cuya evolución es lenta y no necesariamente mortal, pero que debe ser atendida en un máximo de 6 horas”* ^{1,2}. Así pues, es obvio que para poder definir una urgencia es necesario que el paciente padezca una enfermedad que sin tratamiento adecuado evolucione en un periodo de tiempo más o menos amplio hasta comprometer su vida.

La definición de Urgencia Médica más aceptada es la propuesta por la Asociación de Medicina Americana (AMA) ², suscrita por la OMS y el Consejo de Europa: *“aquella condición que, en opinión del paciente, su familia, o quien quiera que asuma la responsabilidad de la demanda, requiere una asistencia sanitaria inmediata”* ³.

Esta definición, asumida en España por los expertos en urgencias y por la Subcomisión de Urgencias de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud (CAESNS) ⁴, traslada al paciente la decisión de definir un problema de salud como urgente en función de cómo vive personalmente la necesidad surgida.

Abellán et al (1999) entiende por urgencia médica *“toda demanda que se realiza con dicho carácter en los servicios de urgencias, tanto como cualquier situación que requiera atención médica inmediata, bien por su gravedad o bien por los perjuicios derivados de la falta de asistencia”* ⁵. Esta definición incluye una idea muy importante a la hora de valorar una urgencia, la posible consecuencia perjudicial e incluso vital para el paciente si no se pone tratamiento inmediato, aspecto muy importante desde el punto de vista asistencial. Pero incluso en este aspecto diferentes profesionales pueden no estar de acuerdo en definir los casos como urgencias (Folder et al, 1994 ⁶; Gresenz & Studdert ⁷, 2004; Stapczynski, 2004 ⁸). Para evitar estas discrepancias se pueden clasificar las Urgencias en función del nivel de gravedad, tradicionalmente se diferencian tres niveles de urgencias ^{9,10}:

- **Demandas que no exigen cuidados ni tratamientos inmediatos y pueden ser diferidas a la atención primaria habitual.** Se consideran como demandas de atención primaria fuera de horario, bien por falta de conveniencia para el paciente, o por insuficiencia del centro para atender a todas.
- **Urgencia no vital, también denominada no grave.** Definida como problema de salud que requiere algún tipo de actuación diagnóstica o terapéutica urgente, pero que no supone una amenaza importante para la vida ni para la función. Dicha asistencia no requiere cualificación especial ni tecnológica por lo que puede ser resuelta en atención primaria.
- **Urgencia vital, emergencia, urgencia grave o urgencia verdadera.** Existe un peligro inmediato para la vida del paciente, para órganos o funciones vitales, o de secuelas graves si no recibe atención cualificada sin demora.

En base al tipo de urgencia existe otra propuesta de clasificación ¹¹:

- **Urgencia subjetiva:** solicitud de asistencia médica inmediata, desde la creencia y los valores propios del ciudadano, según su concepción de la salud y de los servicios sanitarios, que una vez evaluada por un profesional médico se considera justificada o demorable.
- **Urgencia objetiva:** solicitud de asistencia médica inmediata, desde la creencia y los valores propios del ciudadano, según su concepción de la salud y de los servicios sanitarios, que una vez evaluada por un profesional médico precisa atención sanitaria por comprometer la vida o la salud de la persona.
- **Emergencia vital:** situación de riesgo vital para el ciudadano, que aparece de forma súbita, es detectada y atendida inicialmente por personas o entidades no sanitarias (transeúntes, bomberos, policías...) que requiere iniciar asistencia especializada inmediata donde ocurre el evento y durante el traslado, habitualmente es imprescindible el apoyo técnico del hospital en Urgencias, Quirófano o la Unidad de Cuidados Intensivos. Si persiste la gravedad y amenaza de la vida se considera un **enfermo crítico**.

La distinción entre los dos primeros tipos descritos se realiza desde la óptica exclusivamente técnica; aún cuando el problema de la atención urgente debe ser abordado desde criterios psicológicos, sociales y sanitarios.

2. MEDICINA DE URGENCIAS

La práctica de la Medicina se caracteriza por ser una actividad en la que se toman diariamente muchas decisiones que requieren una gran cantidad de información, y a la vez, una comunicación fluida y rápida entre esta información y los profesionales sanitarios que la necesiten ¹².

Estas peculiaridades se incrementan de forma específica en la Medicina de Urgencias, por su carácter de formación continuada, integral e integrada. Habitualmente, la Medicina de Urgencias es una actividad multidisciplinar que se caracteriza por su horizontalidad, tanto organizativa, al servir de puente entre los niveles de atención primaria y de atención hospitalaria, como doctrinal, al integrar conocimientos y técnicas procedentes de diferentes especialidades aplicándolos durante el periodo de evolución del proceso, en su fase aguda ¹³.

La Medicina de Urgencias es pues, el área de la Medicina que se ocupa de la asistencia (atención a las urgencias y emergencias médicas), docencia, investigación y prevención de las condiciones urgentes y emergentes ¹⁴. Incluye la organización de la asistencia sanitaria en caso de catástrofe de cualquier índole. Las características que definen su actividad son:

- La brusquedad de presentación.
- La gravedad de situaciones a atender.
- La necesidad de realizar dicha atención en el menor tiempo posible y en el propio ámbito en el que se produce la demanda de asistencia.
- Unos requerimientos de recursos específicos para la atención sanitaria.
- Una necesaria disponibilidad de recursos cualificados, materiales y humanos, todos los días del año durante las 24 horas del día.
- La existencia de un pronóstico de cantidad y calidad de vida condicionado por la respuesta realizada.
- Una imprescindible integración de los recursos necesarios, que garantice la continuidad de los cuidados durante las diferentes fases de aplicación.

3. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA ATENCIÓN URGENTE

A nivel universal la Medicina de Urgencia hizo su aparición desde que existe el hombre, pues siempre ha habido lesiones o enfermedades agudas que han requerido tratamiento de forma inmediata, en especial las que amenazan la vida, o la integridad del individuo, poniendo en riesgo algún miembro u órgano. Ante esta realidad el hombre ha tenido que desarrollar sus conocimientos médicos a lo largo de su existencia, este conocimiento médico se ha diversificado en una forma exponencial, en especial el siglo pasado, generando la necesidad de la especialización médica. Cada especialista ha aprendido a atender y manejar las urgencias que a su especialidad conciernen; sin embargo, no así las urgencias que ocurren fuera del ámbito de su especialización. Esto distingue al médico de urgencias, que debe ser capaz de diagnosticar y tratar cualquier tipo de urgencia, ya sea médica o traumática, independientemente de la edad, sexo, nivel socioeconómico... del paciente ¹⁵.

A nivel hospitalario los Servicios de Urgencias, fueron conocidos por muchos años como “la tierra de nadie”, eran atendidos por los médicos menos experimentados y capacitados, como residentes de menor jerarquía, médicos internos y en algunos lugares incluso estudiantes de medicina. Estos Servicios eran vistos como área de castigo o bien una forma sencilla de conseguir empleo al terminar alguna especialidad médica ¹⁵.

Tanto el Servicio de Urgencias en sí mismo y quienes brindaban la atención a los pacientes que allí acudían no eran reconocidos, ni se consideraba como un área que requería de una preparación específica, ni mucho menos especializada, para poder desempeñar una labor asistencial; lo mismo ocurrió durante muchos años con la atención de pacientes críticos y politraumatizados ¹⁵.

Las guerras históricamente han sido caldo de cultivo del avance en las ciencias médicas. Durante la Segunda Guerra Mundial, pero en especial durante y después de los conflictos de Corea y Vietnam se obtuvieron avances muy importantes en la atención médica de lesionados, esto llevó a pensar que sería beneficioso aplicar los conocimientos adquiridos durante los conflictos bélicos para la atención prehospitalaria y hospitalaria a nivel civil en época de paz. A partir de entonces se empezó a reconocer que se debía contar con personal sanitario especializado en la atención de las urgencias, en especial del trauma, además de equipo electromédico y vehículos que cubrieran ciertos estándares mínimos, por mencionar sólo un ejemplo, el equipo y el diseño de las ambulancias tanto aéreas como terrestres ¹⁵.

Las primeras actuaciones organizadas que tuvieron por objeto la atención a personas en situación de riesgo vital inminente se remontan al siglo XVIII, destacando en 1776 el nacimiento en Ámsterdam de la “Sociedad para el rescate de personas ahogadas” o “Sociedad Humana”. Mientras en los Hospitales se producía una evolución en los conocimientos médicos que permitía abordar el tratamiento de la mayoría de las enfermedades, en el medio extrahospitalario la actuación quedaba limitada a una rápida recogida y transporte de enfermos o heridos en vehículos sin dotación y/o capacidad para iniciar los cuidados¹⁴.

Durante el siglo XX los avances científicos en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, y la aplicación de las técnicas asistenciales y métodos organizativos ensayados durante los conflictos bélicos, condujeron, a finales de los 60, a la puesta en marcha de dispositivos específicos destinados a la asistencia cualificada extrahospitalaria. Destacan los “Emergency Medical Services” norteamericanos; los “Services d’Aide Medicale Urgente” franceses, y en Belfast las experiencias de Pantridge en el tratamiento del infarto de miocardio en unidades móviles¹⁴.

Todos estos cambios son muy recientes si los comparamos con la historia de la humanidad, y motivó que en países como Canadá, Australia, Inglaterra, Méjico... se instituyera e implantara la especialidad de Medicina de Urgencias y Emergencias. En otros países europeos como Francia, Alemania y España no existe aún dicha especialidad, pero si hay Servicios específicos y personal sanitario involucrado y destinado a la atención urgente y emergente¹⁵.

En la actualidad nos encontramos con dos modelos de entender y organizar los Servicios de Urgencias en el entorno occidental¹⁶:

- Modelo Angloamericano: implantado en Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda y el Reino Unido. Inicia su desarrollo en Estados Unidos a principios de 1970 y su elemento conceptual básico es la continuidad de los cuidados mediante la integración de los sistemas extra e intrahospitalarios. En este modelo la medicina de urgencias se inicia en el ámbito prehospitalario, los cuidados son iniciados por personal paramédico, y se continúa en los servicios de urgencias de los hospitales, donde los médicos les proporcionan la asistencia definitiva: “Los pacientes son llevados al hospital”.
- Modelo francogermano: es el más extendido en la mayoría de los países de la Unión Europea. Está implantado en Austria, Bélgica, Francia, Alemania, Italia, Rusia y Suecia.

A diferencia del modelo angloamericano “el hospital es llevado al paciente”: médicos y tecnología son llevados al lugar donde se encuentra el paciente con la intención de prestarle un alto nivel de cuidados antes de que éste llegue al hospital. En el nivel prehospitalario los médicos proporcionan la mayoría de los cuidados y allí mismo los pacientes son clasificados para ser admitidos directamente en los servicios especializados correspondientes.

4. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA ATENCIÓN URGENTE EN ESPAÑA

La atención a las urgencias en España se enmarca dentro del modelo francogermano, con una evolución propia diferenciada del resto de Europa¹⁷. La atención inicial a los casos urgentes fuera del entorno de los hospitales ha correspondido tradicionalmente al primer nivel asistencial, esto es, al ámbito de la atención primaria¹⁸ y ha evolucionado como se describe a continuación:

- La figura del Médico Titular es una de las más antiguas de la Administración del Estado, y su origen se remonta a la Ley de Sanidad de 28 de Noviembre de 1855, por la que se obliga a los Municipios a crear la Beneficencia Municipal¹⁹. La asistencia de urgencia en las zonas rurales durante el siglo XIX corría a cargo bien de los Médicos Titulares, bien de los Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria (APD). En las grandes ciudades, como Madrid, la primera atención en caso de urgencia también estaba encomendada a los médicos titulares. Sin embargo, y a diferencia de las zonas rurales, el paciente urgente podía ser derivado para su atención definitiva al hospital correspondiente. Asimismo, se tiene conocimiento de la existencia del Parque de Ambulancias Municipales de Madrid para el traslado al hospital de los enfermos heridos, tanto desde la vía pública como desde el domicilio, desde 1875¹⁸.
- En 1944, la Ley de Bases de la Sanidad Nacional establece un “Sistema Asistencial Público”, compartido entre el Estado y las Corporaciones Locales. Entre sus funciones figuran la atención a los procesos médicos de urgencias que se produzcan en sus respectivos ámbitos territoriales, ya sea a través de los hospitales provinciales o municipales, los centros maternos y geriátricos de urgencias, las casas de socorro o los sanitarios locales²⁰.
- En 1948, la prestación de la atención sanitaria urgente, tanto en el medio rural como en el urbano, sigue correspondiendo a los médicos titulares y de APD. El Reglamento

de Servicios Sanitarios del Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE)²¹, mediante la circular S-7 sobre “Organización del Servicio Médico Nocturno de Urgencias”, instaura un Servicio Nocturno de Urgencias en las poblaciones de más de 10000 asegurados, su objetivo era cubrir la asistencia durante las 24 horas del día, y se trataba de un servicio eminentemente urbano a cargo de los médicos del propio SOE.

- En 1949, la circular R-22 del SOE regula el procedimiento administrativo del Servicio Nocturno de Urgencias y el uso de locales y coches – ambulancia²². Mediante la Orden Ministerial de 29 de Noviembre de 1952, se amplía el horario de funcionamiento de este servicio a la jornada diurna de los días festivos.
- En 1964, para dar cumplimiento a lo establecido en la base sexta de la Ley de Bases de la Seguridad Social, se constituyen dentro del Sistema de Seguridad Social los Servicios de Urgencias²⁰. Se crean los Servicios Normales de Urgencia (SNU) (sin recursos móviles) y Especiales de Urgencia (SEU) (con vehículos sanitarios para realizar los desplazamientos)²³. Estos servicios de Urgencia cuentan con una diferente cobertura poblacional: los SNU se implantan en poblaciones de más de 5000 titulares y en todas las capitales de provincia; en cambio, los SEU se constituyen en las localidades en las que el número de titulares domiciliados en ellas excede de 90000²⁴. En esta época las áreas de Urgencia de los Hospitales carecían de una estructura física y funcional definida, encargando este tipo de asistencia a los médicos noveles que fueron sustituyéndose por médicos internos residentes (MIR), asesorados por personal del “staff” de guardia de las distintas especialidades.
- El Estatuto Jurídico del Personal Médico, de 23 de Diciembre de 1966²⁵, define en su artículo 2 tres modalidades de actuación para los facultativos de la Seguridad Social: Medicina de Urgencia, Medicina General y Medicina de Especialidades Médicas y Quirúrgicas. La asistencia urgente continúa bajo la responsabilidad del médico general, lo que queda reflejado en el punto 4 del artículo 20 de este Estatuto: “En las localidades en que no se haya establecido el Servicio de Urgencia, el médico general asumirá las funciones de éste, realizando la asistencia de los avisos de urgencia que se reciban los días laborables, de conformidad con las normas de ordenación de la asistencia”.
- En el año 1967 se promulga el Decreto 2766/1967 sobre Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social, Prestaciones y Ordenación de Servicios Médicos²⁴. En este Decreto se regula la responsabilidad y el tramo horario para la prestación de asistencia urgente por parte del médico general en las localidades que no disponen de Servicios de Urgencia: “En los casos en que se precise asistencia con carácter de urgencia desde las

nueve hasta las diecisiete horas, ésta será prestada por el facultativo de medicina general que corresponda a los beneficiarios. Las solicitudes de asistencia de carácter de urgencia desde las 17 a las 9 horas o en los domingos o días festivos, serán atendidos por los Servicios de Urgencia de las localidades donde hayan sido establecidos por el Instituto Nacional de Previsión". En este momento se introduce una peculiaridad que tendrá repercusiones sobre la fijación de la futura jornada a realizar por los Servicios de Urgencia. Se trata de la distinción entre horario nocturno (desde las 17 horas de cada día hasta las 9 horas del día siguiente) y horario diurno (en domingos y días festivos desde las 9 hasta las 17 horas) ¹⁸. Como hemos visto hasta ahora, la atención con carácter urgente continúa siendo responsabilidad del Médico General, como no puede ser de otra manera, en las localidades que no disponen de Servicios de Urgencia.

- En el Oficio Circular 3/68, de 24 de Enero, se dan instrucciones específicas a las Delegaciones Provinciales y Jefaturas Provinciales de Servicios Sanitarios sobre la constitución y puesta en marcha de los Servicios de Urgencia en las localidades en las que éstos aún no se han instaurado ²⁶. Para entonces, ya se habían establecido SEU en las ciudades de Madrid y Barcelona en 1964, y en Bilbao, Sevilla, Valencia y Zaragoza en 1966, al exceder todas ellas de 90000 titulares con derecho a asistencia. En este Oficio hay instrucciones concretas sobre determinados aspectos: dotación de personal (médicos, enfermeros y personal subalterno), lugar de ubicación de los Servicios de Urgencia (un Ambulatorio o Centro Asistencial que reuniera las condiciones debidas para un mejor servicio) y criterios para la adjudicación de las plazas ya cubiertas y sistema de provisión de nuevas plazas.
- En 1972, se publica el 20 de Mayo una Orden Ministerial por la que se insta a los gobernadores civiles a "autorizar el establecimiento de servicios médicos de guardia durante los domingos y festivos, incluso las tardes de sus vísperas, a cuyo efecto se turnarían los médicos del mismo partido o partidos limítrofes".
- La Ley General de la Seguridad Social de 1974 establece como un derecho asistencial la atención urgente ²⁷. Además, insta a organizar Servicios de Medicina de Urgencias debidamente coordinados.
- La Constitución Española reconoce en sus artículos 43 y 49 el derecho a la protección de la salud, y determina que serán los poderes públicos los responsables de su promoción y cuidado ²⁸. En su título VIII art. 148 se otorgan a las comunidades autónomas las competencias en higiene y sanidad.

- En 1978, se da un salto cualitativo en la asistencia urgente, con la creación de la especialidad de cuidados intensivos y la introducción de mejoras en los Servicios de Urgencias de los Hospitales, incluyendo la participación de especialistas en las guardias.
- En el año 1984 se promulga el Real Decreto sobre Estructuras Básicas de Salud ²⁹. Mediante este decreto se establecen tres elementos fundamentales que constituyen los pilares de la Atención Primaria: las zonas básicas de salud (ZBS), los Centros de Salud y los Equipos de Atención Primaria (EAP). Mediante este decreto se devuelve la asistencia urgente durante las 24 horas a los médicos generales o médicos de familia en las localidades donde éstos la habían perdido a favor de los Servicios de Urgencia durante el horario de funcionamiento de dichos servicios. La especialidad de Medicina de Familia se había creado en 1978 mediante el Decreto 3303/78, de 29 de Diciembre ³⁰. Por primera vez se menciona en este decreto la expresión “atención continuada” y se asigna a estos profesionales la asistencia “en régimen normal y de urgencia, tanto en consulta como a domicilio”. Se produce, pues, un giro importante en cuanto a la forma de entender la asistencia sanitaria urgente en el ámbito de la Atención Primaria. El INSALUD optó por declarar a extinguir las plazas de los SNU y se facilitó el paso de los profesionales desde estos servicios a los EAP que progresivamente se fueron constituyendo. En las localidades que no disponían de SNU, se comienzan a constituir los Puntos de Atención Continuada (PAC) integrados por los médicos y ATS / DUE de los EAP.
- En 1986, La Ley general de Sanidad ³¹ regula las acciones que permiten hacer efectivo el derecho a la protección de la salud, creando en España el Sistema Nacional de Salud (SNS) y organizando territorialmente la asistencia sanitaria.
- En 1988 el Informe del Defensor del Pueblo ³² sobre las Urgencias Hospitalarias sitúa en el primer plano de la agenda política sanitaria la reforma y racionalización de los Servicios de Urgencias. Realizado sobre una base muestral de 17 Hospitales Españoles de la red pública ponía de manifiesto el aumento de la frecuentación, que el 74% de las visitas se realizaban a iniciativa del paciente, y que un 71’38% de los pacientes eran enviados directamente a su domicilio, en su mayor parte por problemas que podrían haberse resuelto en niveles asistenciales anteriores. Además señala como principales causas de la elevada presión asistencial: la prolongada lista de espera de admisión hospitalaria y la insuficiencia o ineficacia de la asistencia prestada en el nivel primario, que condiciona que un elevado número de usuarios acuda a los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH) buscando soluciones a problemas banales. El informe del Defensor

del Pueblo sobre los SUH marca un cambio significativo en la concepción de la Medicina de Urgencias, denunciando la situación de la asistencia urgente y proponiendo a las Administraciones Públicas Sanitarias la corrección de dicha situación.

- En 1989 se publica el Plan Director de Urgencias de INSALUD ³³, respuesta institucional a la situación reflejada en el Informe del Defensor del Pueblo de 1988. Este Plan reconoce la necesidad de dotar a la urgencia hospitalaria de una entidad organizativa propia y establece un modelo organizativo para que la Atención Continuada sea asumida por los profesionales de los EAP instaurando y definiendo los Puntos de Atención Continuada.
- En el año 1989, el SEU de Madrid fue la estructura administrativa sobre la cual se desarrollaron parte de las acciones necesarias para abordar los problemas recogidos en el informe que elaboró la oficina del Defensor del Pueblo en 1988. La aplicación en la Comunidad Autónoma de Madrid del Plan Director de Urgencias Sanitarias del INSALUD llevó a la remodelación del SEU, iniciando en 1989 la transferencia a las Áreas de Atención Primaria de los Puntos de Atención Continuada prevista en la legislación e incluyendo un Centro Coordinador de Urgencias (CCU), y la puesta en funcionamiento en enero de 1990 del teléfono de urgencias sanitarias 061, número asignado por dicho Plan Director como teléfono de Urgencias Sanitarias.
- En Junio de 1993 se elabora por un grupo de trabajo del INSALUD un documento interno denominado “Definición de modelo para los Servicios de Urgencias Extrahospitalarios” ³⁴. Como conclusiones del grupo de trabajo se marcan una serie de objetivos a desarrollar, entre ellos merecen destacarse como relevantes ³⁵:
 - ✓ Realización de Atención Continuada por los EAP hasta las 22 horas como oferta normal incorporada a su cartera de Servicios.
 - ✓ Integración a corto plazo en el modelo de EAP de la totalidad del personal de los SNU y SEU mediante reubicación funcional.
 - ✓ Deberá existir la oferta de un Servicio 061 para la realización de las funciones de “coordinación de la asistencia urgente extrahospitalaria, asistencia a las emergencias, transporte sanitario urgente y transporte sanitario medicalizado de pacientes de riesgo”. Se reconocen así los resultados satisfactorios de los dos sistemas de emergencias puestos en marcha en Madrid y Palma de Mallorca.
- En 1997 el INSALUD elabora el Plan Estratégico ³⁶, también conocido como el “libro azul”, en el que se hace un análisis de la situación de los recursos existentes para la

asistencia a las urgencias y emergencias. Según este análisis, y a pesar de las propuestas que habían sido realizadas en el Plan Director de Urgencias, el INSALUD mantiene una variedad de servicios de urgencias extrahospitalarios, dispersos y no ordenados al persistir la coexistencia de tres tipos de recursos además de los SUH: los PAC, SNU, SEU y el todavía denominado “personal de refuerzo” ³⁵. Hasta este momento los servicios 061 han sido desarrollados por el INSALUD únicamente en Madrid y Baleares, mientras que en algunas Comunidades Autónomas estos servicios han sido implantados por otras administraciones, alguna de ellas de ámbito local (el 06 en el Principado de Asturias, el 006 en Ciudad Real, el SAMUR en Madrid puesto en marcha por el Ayuntamiento de la capital en 1991...)

- Siguiendo con el Plan Estratégico, la situación en lo que se refiere a la atención de la urgencia – emergencia en el ámbito extrahospitalario presenta tres problemas:
 - ✓ Existencia de diversos dispositivos de urgencia extrahospitalaria, no bien ordenados ni integrados.
 - ✓ Escaso desarrollo del modelo de Servicios de Coordinación para la atención de las Urgencias – Emergencias 061.
 - ✓ La existencia de Administraciones con recursos que no están coordinados entre sí.
- Durante el año 1998 se celebraron en la ciudad de Murcia unas Jornadas de las que se extraen las siguientes decisiones ³⁵:
 - ✓ Dotación a cada Dirección Territorial del INSALUD de un Centro de Gestión 061, con el objeto de establecer anualmente un Contrato de Gestión para la mejora de la actividad y calidad de la atención a las urgencias.
 - ✓ Instauración de los CCU como el eje que vertebra, aglutina y coordina los recursos propios y los de Atención Primaria y Atención Especializada para la atención de urgencias.
- El Plan Estratégico constituyó un verdadero punto de inflexión, a partir del cual se extiende y desarrolla el modelo 061 de atención a las urgencias – emergencias por todo el territorio del antiguo INSALUD.
- Por otro lado, se crean los SUAP (Servicios de Urgencias de Atención Primaria) en el antiguo territorio INSALUD mediante Resolución de la Dirección General del INSALUD de 27 de diciembre de 2001, publicado en el BOE el 12 de febrero de 2002 ³⁷. Se hace así realidad la homogeneización del personal de los servicios de urgencia, tanto de los SNU como de los SEU. Definitivamente se consolida a través de los recién creados SUAP el modelo de asistencia urgente instaurado en 1967 con los SNU y SEU. La

creación de los SUAP coincide en el tiempo con el proceso de transferencia de competencias en materia sanitaria a las Comunidades Autónomas (CCAA) en las que la asistencia sanitaria todavía dependía del INSALUD (Cantabria, Asturias, Madrid, Castilla y León, Castilla La Mancha, La Rioja, Aragón, Extremadura).

- Al igual que el INSALUD, determinadas comunidades autónomas con transferencias en materia sanitaria, realizaron importantes inversiones en reformar estructuralmente buena parte de los SUH públicos. Reformas que el resto de CCAA han ido asumiendo a medida que asumían las transferencias sanitarias.
- Tras describir la evolución de la asistencia sanitaria urgente – emergente a nivel de Atención Primaria constituyéndose en los actuales SUAP y Servicios de Emergencias, cabe destacar como en 2001, se aprueba el Real Decreto 866/2001 de 20 de Julio, por el que se crea la categoría de Médicos de Urgencia Hospitalaria en el ámbito de las instituciones sanitarias del INSALUD, proporcionando así a este tipo de profesionales el marco jurídico y profesional para desarrollar su trabajo con una garantía de futuro y de mayor estabilidad.
- En la actualidad, debido a la estructura autonómica del Estado Español, la transferencia de competencias derivada de la Ley General de Sanidad de 1986, la ausencia de especialidad en Medicina de Urgencias y Emergencias, y la falta de definición de modelos sanitarios, hace que los SUH, incluso dentro de una misma CCAA, se caractericen por su heterogeneidad, no sólo en cuanto a su infraestructura física, sino también en relación a la dotación de medios materiales y humanos, y a la organización y funcionamiento de estos Servicios³⁸.
- La distribución constitucional de competencias en materia sanitaria y la propia normativa básica estatal contenida en la Ley General de Sanidad de 1986, permiten a las CCAA desarrollar diferentes instrumentos de planificación sanitaria, entre los que procede incluir los correspondientes a las urgencias y emergencias sanitarias. Es por ello que las diferentes CCAA han ido elaborando los denominados Planes Estratégicos de Urgencias y Emergencias Sanitarias. Estos Planes tienen como objetivo general identificar y dar respuesta a todas aquellas situaciones que pongan en peligro la integridad física de las personas tanto individual como colectivamente, la prevención de las mismas, el establecimiento de prioridades en la correcta asistencia sanitaria de los afectados y la recuperación de la normalidad. El desarrollo del Plan Estratégico contempla importantes y diferentes acciones, entre las que es oportuno destacar las relativas al Centro Coordinador de Emergencias Sanitarias, el desarrollo del Sistema de

Urgencias en Atención Primaria y en Atención Hospitalaria y el adecuado aprovechamiento de los recursos de transporte sanitario ³⁹.



- La Ley 8/2010, de 30 de agosto de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León ⁴⁰, en su Capítulo III, art. 22, establece que la atención de urgencia se presta al paciente en los casos en que una situación clínica obliga a una atención sanitaria inmediata. Se dispensará tanto en centros sanitarios como fuera de ellos, incluyendo el domicilio del paciente, durante las 24 horas del día, todos los días del año, mediante la atención médica y de enfermería y con la colaboración de otros profesionales.

Tras mencionar el referente histórico de la atención urgente en nuestro país, y a pesar de que este tipo de prestación sanitaria se ha de prestar tanto en Centros de Salud de Atención Primaria como a nivel hospitalario, los SUH están sometidos a una enorme presión asistencial (en su mayoría procesos banales) desde hace mucho tiempo, y de forma creciente y progresiva aumenta en ellos la demanda asistencial y el número de pacientes que acuden directamente, teniendo presente que solo deberían acudir los casos derivados desde el primer nivel asistencial o los casos que requieren verdaderamente una atención urgente.

5. LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS: PASADO Y PRESENTE

Hasta pasada la mitad del siglo XX, la atención urgente era realizada por los médicos de cabecera que, a pesar de la escasez de medios, ponían a disposición del paciente todos sus conocimientos. Durante esos años surgen con gran fuerza nuevas tecnologías y nacen los grandes hospitales tal y como hoy se conocen ⁴¹.

La Ley General de la Seguridad Social (Decreto 2065/1974) y Ley General de Sanidad (Ley 14/1986) que establecen como derecho la cobertura universal de la atención sanitaria para toda la población, provocan que durante estos años se inicie un incremento de la demanda asistencial ^{27,31}. La única forma de conseguirlo es ir directamente a las “puertas de los hospitales” en donde está la nueva o toda la tecnología existente, saltándose o prescindiendo de su médico, ya que éste no dispone de esos medios. Desde el punto de vista político se potencia esa necesidad en la población como derecho, por lo que se produce una masificación de las “puertas de los hospitales”; es cuando se empieza a hablar de los Servicios de Urgencias Hospitalarios. Se necesitan profesionales de la medicina en estos momentos que tengan conocimientos generales y polivalentes, por lo que se requiere al médico de Medicina General para muchos hospitales y se pone en sus manos todos los medios tecnológicos de los que se dispone ⁴¹. Se convierte en lo que conocemos como “Médicos de Puerta”. En sus primeros años los médicos generales en su labor diaria eran residentes de los especialistas del hospital e incluso residentes de los propios residentes, resolviendo la mayoría de los problemas y carentes de reconocimiento social y profesional. Durante estos años se pone en marcha el Sistema MIR como única forma de especialización, y comienzan a formarse los futuros especialistas, pasando por los diferentes servicios hospitalarios, incluidos los de Urgencias. La docencia, formación y supervisión de estos compañeros que realizan guardias en “la puerta” corre a cargo de los médicos generales sin ningún reconocimiento por parte de las autoridades sanitarias y no sanitarias de esta labor docente.

Hoy en día esto ha cambiado sustancialmente, los profesionales de urgencias forman un servicio más dentro del organigrama del hospital, constituido principalmente por médicos generales y especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, participando en la formación de los MIR, elaborando sesiones clínicas, participando en menor porcentaje en actividad investigadora, y consensuando protocolos con el resto de los Servicios del Hospital ⁴¹.

La formación continuada y específica en Urgencias, así como la labor científica e investigadora, se van abriendo paso gracias a los esfuerzos personales de los propios profesionales de urgencias.

De esta manera, se ha evolucionado desde las eufemísticamente denominadas “puertas de Urgencias” atendidas por médicos internos residentes (MIR) bajo la tutela indirecta de los diferentes Médicos Especialistas Hospitalarios, a auténticos Servicios de Urgencias con alta cualificación capaces de prestar una asistencia inicial urgente más eficiente y precoz que la realizada por cada uno de los especialistas correspondientes ⁴².

Con el Real Decreto 866/2001 ⁴³, se crea un marco jurídico y profesional para desarrollar su trabajo el Médico de Urgencia Hospitalario, con una garantía de futuro y de mayor estabilidad.

6. PROBLEMÁTICA ACTUAL DE LOS SUH

El SUH constituye una realidad única y difícilmente equiparable a ninguno del resto de servicios asistenciales de un Hospital. Esta afirmación se sustenta en las características que le son propias ⁴⁴:

- En primer lugar, el servicio asistencial debe prestarse 24 horas al día los 365 días del año, y debe hacerse con idénticas garantías de calidad en cualquier momento. Se sule de esta manera cualquiera de las necesidades no satisfechas por el sistema sanitario a sus usuarios.
- En segundo lugar, no existe programación posible de la actividad, por cuanto es mayoritariamente el usuario del servicio quien decide libremente cuándo y cómo solicita la atención, y será esta demanda, sea cual fuere, a la que deberá dar respuesta el servicio en cada momento.
- En tercer lugar, como es lógico, cuando se aplican criterios de eficiencia en la dotación y uso de recursos, la autosuficiencia resolutoria del servicio de urgencias, aunque es importante, no es absoluta. El servicio se limita dentro de un Centro que dispone ya de una dotación de recursos humanos y materiales para satisfacer las necesidades del resto de servicios y pacientes atendidos. El SUH no siempre puede usar estos recursos compartidos en el momento justo, por cuanto ya están siendo dedicados en el mismo momento a resolver otras necesidades en el hospital.
- En cuarto lugar, el SUH constituye generalmente la puerta de entrada más importante de pacientes a los servicios de hospitalización. La escasa disponibilidad de camas (por diferentes motivos) hace que, de forma más o menos constante, el paciente urgente prolongue su estancia en el servicio, obligando a introducir modalidades de atención y cuidados que en pura esencia no le son propios.
- En quinto y último lugar, no basta con atender los problemas de salud del usuario que acude a urgencias, puesto que con frecuencia creciente existen problemáticas de

índole personal, familiar, social e incluso legal que deben tenerse en cuenta si se pretende que la intervención sobre el paciente sea realmente efectiva.

FRECUENTACIÓN Y SATURACIÓN DE LOS SUH

No existe una forma uniformemente aceptada para cuantificar la saturación de urgencias, si bien es cierto que algunos indicadores como los que se citan a continuación permiten alertar sobre la situación de la masificación de los SUH ^{45, 46}:

- Tiempo de espera media >60 minutos (filiación administrativa – valoración por un facultativo).
- Camas / boxes de urgencias ocupados al 100% más de 6 horas al día.
- Sensación de sobrecarga por parte de los facultativos (criterio subjetivo) más de 6 horas al día.
- Número de días al año en los que no hay disponibilidad de camas en el hospital para ingresar al paciente que lo necesita (esto generalmente sucede cuando el índice de ocupación de camas del hospital es superior al 98%).
- Tiempo >4 horas (orden de ingreso – sube a planta de hospitalización). Este tiempo está relacionado con la falta de disponibilidad de camas.
- Número de pacientes filiados para ser valorados en urgencias que abandonan el hospital sin ser atendidos.

En todos los países desarrollados se ha producido, en las 2 últimas décadas, un importante incremento de la utilización de los SUH, y la consecuencia directa ha sido su saturación o masificación por pacientes que podrían haber sido asistidos en otros niveles asistenciales, básicamente en Atención Primaria ⁴⁷.

La Medicina de Urgencias de nuestro país ha progresado de forma evidente, en especial a raíz del Informe del Defensor del Pueblo (1988) en el que se ponía de manifiesto la deplorable situación de los Servicios de Urgencias españoles. En dicho informe también se afirmaba que el 74% de la frecuentación de los SUH era por iniciativa del usuario, que una tercera parte correspondía a procesos susceptibles de Atención Primaria, que se empleaba esta vía para facilitar el acceso al sistema, que existían grandes carencias estructurales y de dotación personal y material, y que la insatisfacción era la norma entre los profesionales y ciudadanos ³².

La realización de reformas de infraestructuras y la dotación de plantillas específicas así como sofisticada tecnología no hicieron sino facilitar el incremento de la demanda por mejora de la oferta. Veintidós años después de aquel informe, la situación no solo se ha perpetuado, sino que parece mucho más compleja por diferentes motivos:

- El uso sustitutivo que se hace de la Atención Primaria.
- La excesiva medicalización.
- Deterioro de la continuidad asistencial.
- Deterioro de la calidad.
- Demoras en la atención.
- Efectos negativos para el conjunto del Hospital (sobrecarga de servicios centrales y de los profesionales, disminución de la productividad, déficit en la organización...) así como incremento del gasto sanitario, lo que compromete claramente la funcionalidad y eficiencia del sistema.

Es por ello que desde numerosas instituciones oficiales y paraoficiales se ha llamado la atención de la Administración Sanitaria para la potenciación de los SUH, dotando a los mismos tanto de los recursos necesarios como de personal cualificado⁴⁸. El imparable aumento de la demanda asistencial urgente ha hecho que los Servicios de Urgencias y Emergencias se hayan estructurado y desarrollado, aunque de manera muy desigual, en las distintas Comunidades Autónomas, a la par que una serie de profesionales se fue dedicando a ella de una manera específica y exclusiva. Los hospitales se han ido dotando con servicios de urgencias más o menos potentes que en todo caso cuentan con profesionales cualificados, equipamiento diagnóstico y terapéutico y una gran capacidad de resolución. Ya en los años sesenta se creó la conciencia de que “si tenías algo grave, lo mejor es ir a un hospital de la Seguridad Social”. Este gran prestigio técnico y humano, mantenido a pesar de la masificación de las salas de espera o de la propia urgencia, generaba una fuerte atracción hospitalaria, sobre todo en el ámbito urbano⁴⁹.

Como ya se ha mencionado, la utilización de los SUH ha aumentado de forma significativa en los últimos años en todos los países desarrollados. En España, y según los datos de *La Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado*,⁵⁰ el número de consultas atendidas en los SUH aumentó de unos veinte millones en el año 2000 a más de 26 millones en el año 2008 (FIGURA 1), con un crecimiento anual del 4-5% no justificable por el aumento poblacional en ese mismo periodo. Paradójicamente, así como aumentan los casos atendidos, disminuye el número de pacientes que necesitan ser ingresados en el hospital tras

pasar por Urgencias, aumentando así la frecuentación pero no el porcentaje de patología subsidiaria de ingreso, por lo que, en parte, la frecuentación ha aumentado a expensas de casos banales o inadecuados⁵¹.

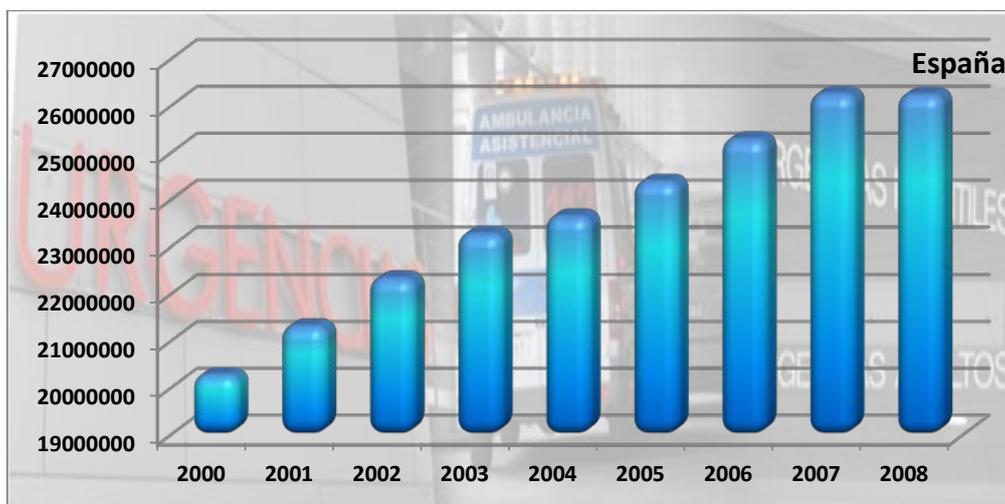


Figura 1. Evolución de las urgencias atendidas en los Hospitales del territorio nacional.

Estos datos son extrapolables tanto a los de la CCAA de Castilla y León como a los de la provincia de León (FIGURA 2 y FIGURA 3). De hecho, en el periodo citado (2000-2008), la solicitud de demanda asistencial en los SUH en el territorio nacional se incrementó en un 22'7%, siendo este incremento de un 16'41% en la comunidad castellano - leonesa, y de un 26'43% en la provincia de León.

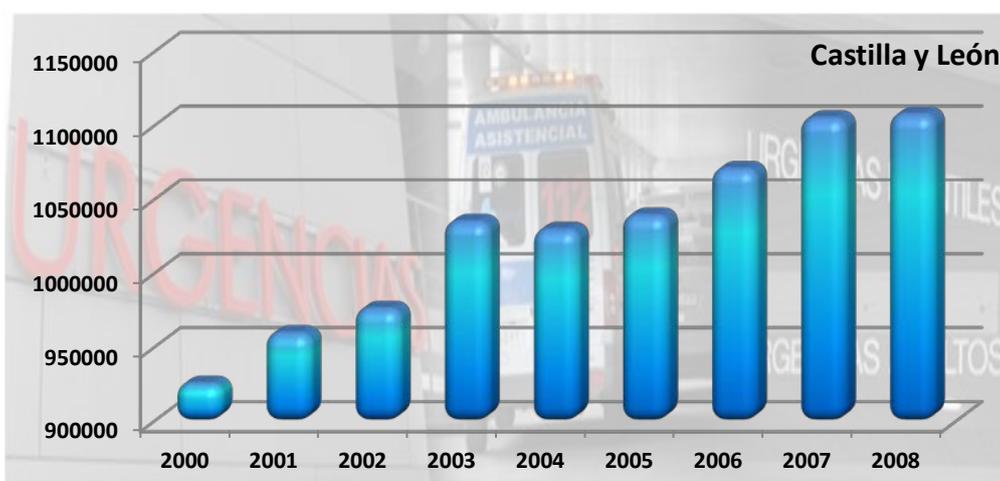


Figura 2. Evolución de las urgencias atendidas en los Hospitales de Castilla y León.

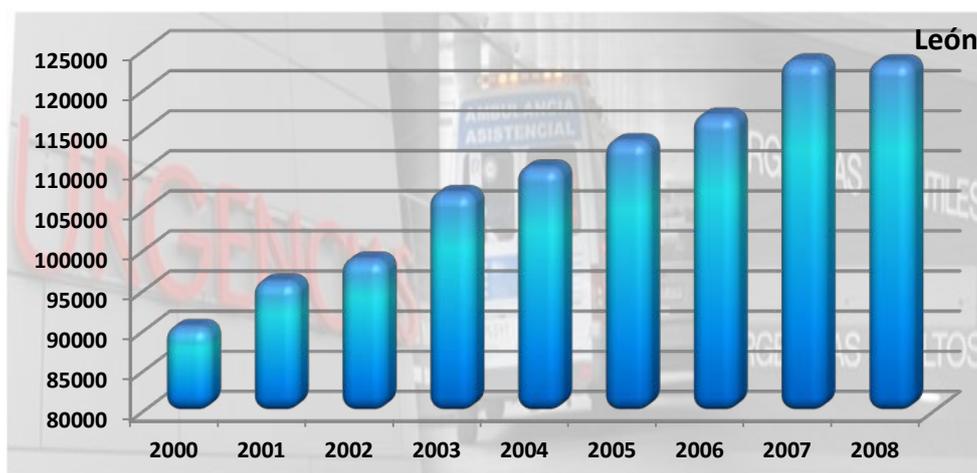


Figura 3. Evolución de las urgencias atendidas en el Complejo Asistencial de León

La saturación de los SUH constituye por tanto un problema que afecta a la mayoría de los países, independientemente de su nivel socioeconómico. Las causas más frecuentemente implicadas e identificadas en una reciente revisión sistemática ⁵², son las siguientes:

- Obligación del SUH de atender al paciente con patología no urgente (que en algunos hospitales supera el 70% de las urgencias). La movilidad de la población y la dotación de hospitales más próximos a los ciudadanos, facilitan el acceso a los SUH.
- Alta derivación de pacientes muy ancianos y con pluripatología a los SUH.
- Pacientes hiperfrecuentadores.
- Factores estacionales, como la epidemia de gripe en invierno o la agudización de asma bronquial en primavera.
- Personal sanitario insuficiente o con inadecuada preparación.
- Retrasos en la realización del ingreso o en el transporte en ambulancia.
- Falta de camas para el ingreso en el hospital. En muchos estudios esta es la causa más importante de saturación de los SUH ⁵³. En la mayoría de hospitales se prioriza el ingreso del paciente en lista de espera quirúrgica. Este criterio de priorización es, para muchos, un indicador de fracaso del sistema sanitario ⁵⁴.

La saturación de los SUH dificulta la correcta atención sanitaria al paciente cuando el tiempo de instauración del tratamiento es fundamental (síndrome coronario agudo, ictus

isquémico agudo, politraumatizado...), provoca retrasos diagnósticos, se relaciona con un aumento de la morbimortalidad ⁵³, favorece el error humano, incrementa la mortalidad hospitalaria ⁵⁵, e incrementa la estancia media hospitalaria. Por otro lado, reduce la satisfacción del usuario, por lo que incrementa el número de quejas y eleva el porcentaje de pacientes que abandona la urgencia sin ser atendido ⁵⁶.

Por otro lado, a esta situación de saturación contribuye igualmente la dificultad de salida del paciente una vez decidido el ingreso hospitalario, debido a la no disponibilidad de camas en tiempo real para ubicarlos, y también al progresivo aumento de la presión de urgencia hasta llegar a la saturación y masificación de los SUH. Esto origina una desmotivación de los profesionales y la práctica de una medicina defensiva, que hace más ineficiente el sistema ⁵⁷.

El creciente fenómeno de masificación lleva en numerosas ocasiones a un desequilibrio entre la demanda y los recursos, lo cual condiciona que los pacientes que acuden al SUH no sean atendidos de forma inmediata. Este tiempo de espera que se genera puede empeorar el pronóstico de algunos estados clínicos que, en otras condiciones, se habrían beneficiado de una atención más rápida. La situación descrita, junto con la reciente aplicación de conceptos y técnicas de control de calidad de la actividad asistencial, ha impulsado que en los últimos años se estén desarrollando sistemas de clasificación de los pacientes que buscan un ordenamiento de los mismos de forma más justa, es decir, que los pacientes que más lo necesitan sean valorados antes y los que puedan esperar sin riesgo puedan ser reevaluados durante su espera ⁵⁸. El triaje es por tanto un proceso de valoración clínica preliminar que ordena los pacientes en función de su grado de urgencia, antes de la valoración diagnóstica y terapéutica completa en el SUH, y que hace que en una situación de desequilibrio demanda / recursos secundaria a la masificación de los servicios, los pacientes más urgentes sean tratados los primeros.

USO INADECUADO DE LOS SUH

Ninguna otra unidad asistencial ha evolucionado tan intensamente en los últimos 20 años. La característica dominante que fuerza esta evolución ha sido un incremento progresivo de la demanda, con un porcentaje elevado de banalidad. Los SUH están sometidos a una importante presión asistencial, y entre las razones esgrimidas para explicar esta situación no

parece estar el aumento demográfico⁵⁹, sino los cambios socioculturales que durante las últimas décadas ha experimentado la población. Así pues, la situación de la atención en los SUH es motivo de preocupación para políticos, gestores, la comunidad sanitaria y la sociedad en general, ya que en todos los países desarrollados se ha producido un fenómeno de crecimiento de su utilización que supuso en España un aumento de un 253'26% más en los últimos 20 años⁶⁰. Buena parte de este incremento se atribuye a un aumento desproporcionado de pacientes que utilizan los SUH de forma inadecuada, ya sea por problemas banales, de organización de otras áreas del sistema sanitario, por problemas sociales o simplemente, porque tienen más confianza en la efectividad de estos servicios que en la Atención Primaria⁶¹. Así en el informe del Barómetro Sanitario de 2009 se recoge que el 74% de las personas que acudieron a un SUH lo hicieron por propia decisión, sin haber sido derivados por su médico de cabecera o desde un servicio de urgencias de atención primaria⁶².

Esta elevada utilización y el uso inadecuado de los SUH para la atención de situaciones no urgentes son preocupantes por varios motivos⁶¹:

- Sentimiento de desconfianza en la capacidad científica y técnica de los profesionales de Atención Primaria (AP).
- La pérdida de continuidad asistencial y seguimiento de los tratamientos para los pacientes, que sustituyen la AP por los SUH con la consiguiente pérdida de calidad asistencial.
- La detracción de recursos humanos, materiales y de tiempo para la atención de pacientes en situaciones de riesgo vital.
- La sobrecarga y desorganización que trasladan al conjunto del hospital disminuyendo la efectividad del mismo.
- La idealización del hospital como un centro de alta resolución con personal más cualificado.
- Los mayores costes respecto a la AP, que se traducen en menor eficiencia hospitalaria en el manejo de los casos inadecuados de urgencias. Se ha cuantificado que el coste de una visita no urgente a un SUH triplica el coste de la misma visita si fuera atendida en su Centro de Salud⁶³.

La aún deficiente cultura sanitaria, la alta tasa de morbilidad percibida, la ampliación de la cobertura sanitaria pública hasta su universalización, la práctica liberalización de las prestaciones sanitarias... han provocado una alta demanda por parte de los ciudadanos hacia los SUH, con un alto grado de exigencia social y creen tener derecho a una respuesta

inmediata por parte del sistema sanitario, independientemente que su proceso sea o no realmente urgente.

Por tanto, las visitas inadecuadas a los SUH de casos que podrían ser resueltos en otros niveles asistenciales, constituyen un importante problema para el SNS, con implicaciones organizativas, de calidad asistencial y de costes. Además del gasto innecesario, se detraen recursos para los pacientes en situación de riesgo vital y se dificulta la atención a las enfermedades realmente graves.

Por definición se consideran inadecuadas las asistencias sanitarias que podrían haberse atendido y resuelto con los recursos al alcance del médico en otros niveles asistenciales. Existe amplia variabilidad en la frecuencia de consultas a urgencias juzgadas como inadecuadas, que fluctúa entre el 24% y 79% si se emplean juicios subjetivos^{64, 65}, y entre el 26'8% y el 37'9% si se emplean juicios objetivos^{66, 67}. Las causas de tan importantes diferencias son variadas:

- Diferentes criterios para definir la inadecuación: explican gran parte de la variabilidad observada. Dependiendo de lo que se entienda por urgencia, así se valorará el concepto de urgencia inadecuada⁴. La valoración de inadecuación se realiza a través de tres alternativas⁶⁸:
 - ✚ Criterios subjetivos (basados en el juicio clínico de uno o varios expertos, en función del motivo de consulta y la impresión de gravedad). Los estudios basados en este tipo de criterios proporcionan cifras de inadecuación entre el 35 y 87%.
 - ✚ Protocolos de triaje (se utilizan como filtros que clasifican a los pacientes asignando prioridades). Los estudios que se basan en este tipo de instrumentos encuentran los porcentajes de inadecuación más bajos, entre el 15 y el 20%.
 - ✚ Criterios explícitos (en base a una serie de premisas que identifican la existencia potencial de un riesgo vital o la necesidad de pruebas diagnósticas o intervenciones terapéuticas complejas que no pueden administrarse en otros dispositivos asistenciales). Los porcentajes de inadecuación en este caso se establecen entre un 26'8 y un 38%.
- Diseño del estudio. Todos los estudios consultados sobre este tema son de carácter transversal, pero difieren en la aproximación retrospectiva o concurrente,

y en la población de referencia, no solo por el ámbito rural o urbano, sino también por los diferentes contextos socio-sanitarios en los que se realizan ⁶⁸.

- El planteamiento etiológico realizado justifica diferencias sustantivas en el análisis de las posibles causas de inadecuación ⁶⁹. Los estudios realizados desde los SUH tienden a buscar carencias en la AP como explicación del uso inadecuado. Desde la AP se defiende la idea de una atención más costosa y de peor calidad en el medio hospitalario motivado por variables de atracción complejas (disponibilidad de especialistas, accesibilidad a recursos diagnósticos...).

Sempere et al (1999) desarrollan y validan un instrumento objetivo de identificación de urgencias inadecuadas: Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias (PAUH) ⁶¹. El PAUH valora como inadecuados aquellos casos cuya asistencia podría haberse realizado de forma similar extrahospitalariamente, comportándose como un instrumento muy específico pero poco sensible para detectar inadecuación, altamente reproducible y capaz de identificar la fracción más claramente inadecuada de las visitas inadecuadas a los SUH. Consta de un total de 26 criterios: 20 aplicables a pacientes derivados por un médico (criterios de gravedad, de tratamiento, de intensidad diagnóstica y otros criterios); y 6 aplicables a pacientes que acuden espontáneamente. Cuando se cumple cualquiera de ellos, la visita se cataloga como adecuada. *ANEXO I.*

Sánchez López et al (2004), basado en el protocolo anterior, modifica algunos aspectos y valida el PAUH modificado (PAUHm) ⁷⁰. *ANEXO II.*

Empleando criterios objetivos mediante los protocolos descritos (PAUH Y PAUHm), los autores sitúan la demanda inadecuada en cifras en torno a un 30%, es decir, más de una cuarta parte de las visitas al SUH son inadecuadas. Numerosos factores se han señalado para justificar este uso inadecuado de los SUH, tanto por parte de la demanda (envejecimiento progresivo, incremento de las enfermedades crónicas, falta de cultura sanitaria, incorporación de la mujer al mercado laboral, aumento de la población, cultura de la inmediatez, nivel socioeconómico y cultural etc.) como de la oferta (incremento de la oferta, accesibilidad geográfica, nivel de aseguramiento, facilidad de acceso al sistema, etc.) ⁷¹.

El autodiagnóstico es el determinante de la necesidad de solicitar atención urgente y del tipo de atención ^{71,72}. El conocimiento de la oferta de servicios, junto con el factor tiempo y las características de las actividades cotidianas del individuo o su situación vital, son los determinantes del tipo de atención solicitada. Cuanta más importancia tiene para el individuo el factor tiempo, más probabilidad existe para que acuda a un SUH ^{71,73}.

Los factores de índole social, familiar y laboral tienen una importancia esencial a la hora de movilizar a los pacientes a acudir por propia iniciativa a los SUH ⁷⁴. La cuestión para el usuario es reducir la incertidumbre frente a una percepción de necesidad derivada de un problema de salud. Cuando el paciente elabora un diagnóstico claro (con síntomas ya conocidos) no se otorga el carácter de gravedad y se decide acudir a un servicio u otro según el conocimiento de la oferta de servicios y de la situación vital del paciente ⁷³. Otras razones que argumentan el uso inadecuado de los SUH son: la demora en las citaciones para valoración en AP, cuestiones de comodidad (especialmente personas jóvenes), uso de la urgencia como puerta de entrada al sistema sanitario hospitalario (en diferentes estudios no se ha detectado grado de desconocimiento de los SUAP como justificación del uso de los SUH), demoras en otros niveles asistenciales, la cronicidad del proceso o la pluripatología del mismo ⁷³.

Otros factores señalados en la bibliografía son el ser varones, de clases profesionales bajas y que muestran insatisfacción con su médico de cabecera junto con posibles factores extrasanitarios (laborales, familiares...), evitar listas de espera o realizar actividades programadas diferidas ⁷².

Dado que las intervenciones para reducir la utilización inadecuada de las urgencias hospitalarias, basadas en reformas estructurales y organizativas de los SUH, han mostrado una escasa efectividad ⁷⁵, determinados autores orientan a reconducir las intervenciones hacia la reorganización de los SUH, buscando un equilibrio con la demanda real, en lugar de adecuar la demanda de la población a los SUH ^{76,77}.

7. CARACTERÍSTICAS Y CONTROVERSIAS DE LOS SUH

Los SUH son tan utilizados como controvertidos. A pesar de ser uno de los puntos básicos de la atención sanitaria de la población, se sigue polemizando ^{78,79} sobre su función, su dotación estructural y personal, y su reconocimiento profesional y académico. Hay una serie de aspectos intrínsecos y propios de la urgencia médica, por tanto no son modificables y hay que asumirlos, y en contraposición existe un conjunto de aspectos extrínsecos o circunstanciales, potencialmente modificables ⁸⁰:

1. Aspectos intrínsecos a la Urgencia Médica⁸⁰:

- a. *Demanda elevada y en crecimiento progresivo*: es bien sabido que los SUH están sometidos a una fuerte y progresiva demanda. Después de la gran explosión de los años ochenta, con incrementos superiores al 10% anual, se ha entrado en esta última década en un crecimiento en torno al 4-5% anual. Se estima que más de la mitad de la población utiliza alguna vez los SUH a lo largo del año⁸¹ y se considera que factores ambientales, sociales y económicos pueden explicar este aumento de la demanda.
- b. *Afluencia discontinua*: la afluencia en los SUH no es uniforme a lo largo del día y sigue una curva de distribución horaria bastante típica, que se reproduce con pequeñas variaciones en la mayoría de los centros hospitalarios públicos. Durante la mañana, la demanda asciende gradualmente hasta alcanzar un pico máximo que se mantiene entre las 11 - 12 horas, con un segundo pico hacia las 17 horas. Posteriormente la asistencia decrece gradualmente alcanzando los niveles más bajos entre las 2 y las 6 de la mañana^{80,82}. De la misma forma, la distribución en los días de la semana tampoco es regular y existen días de una clara mayor afluencia, fundamentalmente los lunes⁸³. Asimismo, a lo largo del año la demanda asistencial sufre importantes variaciones en relación con períodos vacacionales, epidemias, cambios climáticos y atmosféricos, eventos sociales como fútbol u otros programas de televisión...⁸⁴. Para mayor complejidad, no hay que olvidar las catástrofes que pueden acaecer en cualquier momento y con un número variable de víctimas teniéndose que reorganizar en un breve plazo de tiempo la actividad asistencial de todo un servicio^{85,86}.
- c. *Actividad continuada*: la prestación sanitaria debe prestarse 24 horas al día todos los días del año, y debe hacerse con idénticas garantías de calidad en cualquier momento⁴⁴. Esto implica un importante desgaste estructural y de equipamientos, así como la necesidad de un gran equipo de profesionales que permita dar cobertura asistencial⁸⁰.
- d. *Priorización en la atención*: respondiendo al desmesurado aumento de la demanda asistencial que impide atender a todos los usuarios de forma inmediata a su llegada al SUH, en la mayoría de los hospitales se establecen áreas de priorización asistencial (triaje), donde se realiza un primer contacto con el paciente y se valoran criterios de ordenación del trabajo asistencial. El triaje tiene la función de clasificación de los enfermos (antes de que reciban

prestación asistencial) siguiendo criterios de gravedad clínica que permitan diferenciar lo realmente urgente de lo que no lo es ⁸⁷.

- e. El factor tiempo y la perentoria toma de decisiones a él asociado. El factor tiempo está ligado inexorablemente al concepto de urgencia. Es conveniente obtener rápidamente un diagnóstico y un plan, con el fin de poder agilizar el proceso asistencial. La decisión de establecer un diagnóstico se debe fijar en un plazo relativamente breve de tiempo. En este proceso es frecuente la escasez de datos para la elaboración de la historia clínica debido a la situación clínica del paciente (inconsciencia, desorientación, demencia, trastorno del lenguaje...) ⁸⁸, por falta de acompañantes o de informes clínicos previos, por problemas para el acceso a la historia clínica de archivo... Estas limitaciones hacen que el proceso diagnóstico en los SUH sea más complicado que en otros ámbitos asistenciales y que en muchas ocasiones no se llegue a un diagnóstico concluyente sino a uno de carácter sindrómico. Habitualmente urge tomar decisiones terapéuticas, que con las limitaciones anteriormente comentadas, puede ser causa de iatrogenia por el empleo de dosis de choque, pautas de impregnación rápida, sumación de efectos... De acuerdo con el procedimiento establecido, tras la valoración del paciente y cuando su situación clínica así lo aconseje, se ha de dar el alta sin demora y con el objetivo de dar agilidad y fluidez a la asistencia, con la limitación de desconocer en muchas ocasiones la evolución y pronóstico de la enfermedad produciéndose un riesgo de que el paciente retorne al SUH.
- f. Necesidad de coordinación interna y externa: Dentro del hospital la relación con servicios centrales (laboratorio, radiología, medicina intensiva...) es fundamental. Asimismo es primordial la coordinación con los sistemas de emergencias y atención primaria ⁸⁹. Los objetivos de una adecuada coordinación son: la integración, colaboración y coordinación asistencial con los diferentes dispositivos sanitarios. Actualmente se percibe cierta falta de coordinación entre niveles asistenciales extrahospitalarios, echándose en falta protocolos, guías de actuación o reuniones entre los diferentes profesionales. Igualmente, la coordinación intrahospitalaria ha de venir dada por la elaboración conjunta de guías de práctica clínica, planificación de sesiones clínicas conjuntas con otros servicios y lograr compromisos con los Servicios Centrales para conseguir mejores tiempos de respuesta para las peticiones de pruebas complementarias.

- g. Áreas de Observación Clínica: Los SUH han ido desarrollando modernas alternativas al ingreso hospitalario tradicional. El aumento progresivo de los costes sanitarios, junto a un incremento de las demandas legales contra los médicos que desarrollan su labor en el SUH, han llevado a la creación en muchos hospitales, de Áreas de Observación. Estas áreas actúan prolongando la asistencia en urgencias más allá de las tradicionales cuatro o cinco horas. Con ello se logra disponer de un tiempo adicional que permite una mejor orientación diagnóstica, evitando ingresos innecesarios y errores asistenciales. La observación de la evolución de determinados procesos puede esclarecer su diagnóstico o permite valorar la respuesta a tratamientos cortos y decidir la necesidad o no de ingreso. Este planteamiento es fundamental para un funcionamiento óptimo, siempre y cuando no se utilicen estas áreas como zonas de hospitalización, lo cual originaría importantes distorsiones en el funcionamiento de la urgencia ⁹⁰. Para ello es necesario respetar no solo los criterios de ingreso sino que los propios profesionales del SUH lleven a cabo la gestión directa del área.
- h. Mortalidad: Aunque la atención de determinados pacientes ⁸⁰ (con parada cardiorrespiratoria, politraumatismos, síndrome coronario agudo, enfermedad cerebrovascular...) comporta un cierto índice de mortalidad temprana en los SUH, la mortalidad global en estos es baja. Se ha estimado que ha de ser inferior a un 0'2% ⁹¹, aun así, los profesionales de los SUH deben tener formación y experiencia para saber comunicar adecuadamente la muerte imprevista de un paciente a sus familiares.
- i. Desarrollo de actividad bajo presión: Los acompañantes de pacientes de los SUH, presentan rasgos diferenciales respecto a los acompañantes de otros servicios hospitalarios ⁹²: asisten al comienzo de la enfermedad, acuden con un gran componente de estrés debido a pensamientos de gravedad o muerte cercana, tienen una alteración brusca de las actividades cotidianas del día y un desconocimiento sobre el tiempo que van a emplear en el SUH, suelen tener incertidumbre sobre el pronóstico de la enfermedad... Esta situación de alta carga emotiva entre los pacientes y familiares puede contribuir a desencadenar conductas agresivas hacia el personal sanitario ^{93,94}. Es por ello que los profesionales deben tener experiencia y formación para manejar estas posibles situaciones, dedicando tiempo a informar y adoptando una actitud empática.

- j. Repercusión del SUH en la dinámica asistencial del Hospital: La actividad asistencial del SUH va a determinar en gran parte la actividad del hospital (como demuestra el estudio multicéntrico de Montero et al ⁵⁷, que observa que la presión de urgencias promedio fue del 61%). Esto significa que más de la mitad de los pacientes ingresados en nuestros hospitales provienen de urgencias ⁹⁵. Y ello se realiza con un bajo índice de ingreso, tan solo se ingresa en torno al 14-16% de las urgencias. Además de los aspectos cuantitativos, los SUH tienen una gran incidencia desde el punto de vista cualitativo, ya que la actividad diagnóstica y terapéutica realizada en urgencias determina la evolución posterior de los enfermos ingresados en las diferentes unidades y servicios en cuanto a resolución del proceso, estancia, complicaciones y satisfacción del paciente. De alguna manera, asegurar la calidad asistencial en urgencias ejerce probablemente un efecto facilitador de la calidad global en el hospital ⁹⁶.
2. Aspectos extrínsecos y potencialmente modificables ⁸⁰.
- a. Dotación estructural: Si bien una gran parte de los SUH del país han experimentado reformas físicas en los últimos años, con la intención de mejorar sus infraestructuras y adecuarlas tanto al confort y flujo de pacientes como facilitar el trabajo de los profesionales, la situación actual para la mayoría de los SUH es que se han quedado pequeños, no disponen de áreas suficientemente amplias y funcionales para facilitar el trabajo asistencial ³⁸. De hecho, en casi un 40% de los SUH el número de consultas o áreas es inferior a las necesidades estimadas, especialmente en los grandes hospitales.
- b. La optimización de los tiempos de espera: Las situaciones de saturación y demoras en los SUH son relativamente habituales ⁹⁷. El origen del problema se debe, por un lado, a los denominados determinantes externos (afluencia de pacientes en un determinado intervalo de tiempo, la edad de los mismos y tipo de patología), y por otro, a los determinantes internos (la capacidad propia del SUH, la categoría del médico que realiza la asistencia, la demora por exploraciones complementarias, la espera de cama para el ingreso en planta, la espera de transporte sanitario para el traslado a centros hospitalarios de segundo nivel o al domicilio, los problemas sociales...). Estos tiempos de espera empeoran la saturación del SUH y provocan un deterioro de la calidad asistencial, y agotamiento y desmotivación en los profesionales ⁹⁸.

- c. Riesgo de vulnerar el derecho a la intimidad y confidencialidad: La asistencia urgente, con los condicionantes de la premura y la gravedad, puede en ocasiones descuidar el respeto a la intimidad y la confidencialidad. Aún así, evitando la saturación de los Servicios de Urgencias Hospitalarios y con diseños estructurales adecuados es posible minimizar el riesgo de vulnerar estos derechos básicos ^{80,99}.
- d. Inadecuada discriminación de la urgencia: La disminución del índice de visitas inadecuadas a los SUH sería de gran ayuda, pues disminuiría la saturación y se facilitarían la atención de los pacientes que si precisan de una asistencia urgente ⁸⁰.
- e. La heterogeneidad organizativa: los modelos de estructuración de los SUH se han constituido en cada hospital en función de las necesidades y características del centro, sin un diseño estandarizado previo. El personal facultativo puede corresponder a equipos de guardia de 24 horas, plantillas en horario de mañanas, turnos de 8 horas, y diferentes combinaciones de los anteriores. De igual forma, los profesionales son en algunos hospitales facultativos propios de urgencias, mientras que en otros dependen de otros servicios como Medicina Interna, Traumatología, Pediatría... Esta gran dispersión organizativa no ayuda a la obtención de los mínimos requisitos para un funcionamiento óptimo y crea una dificultad importante a la hora de extraer conclusiones, ya que no permite establecer comparaciones o referencias ^{38, 57, 100, 101}.
- f. La presencia de médicos en formación: en la mayoría de los hospitales docente los SUH cuentan con los Médicos Internos Residentes en la organización de los equipos asistenciales. Su protagonismo es mayor cuanto más alto es el nivel del hospital, y se trata mayoritariamente de residentes de primer y segundo año ¹⁰¹. Esta situación exige una continua supervisión por parte de los médicos titulados y experimentados, la cual se hace difícil cuando el número de éstos es escaso, y aún más cuando los SUH están saturados. Como consecuencia de todo ello, la calidad asistencial y docente en urgencias puede quedar comprometida ⁸⁰.
- g. Falta de reconocimiento profesional y académico: Actualmente, es un hecho relevante que la medicina es una profesión catalogada por diversos autores como de alto riesgo de desgaste profesional ¹⁰². Este riesgo se agrava si además los facultativos ejercen su tarea profesional en un Servicio de

Urgencias ¹⁰³. Por las características de los SUH anteriormente citadas tales como las sobrecargas de trabajo en términos cualitativos y cuantitativos constituyen sin lugar a dudas una importante fuente de estrés, que hace que los médicos de urgencias estén expuestos a la patología denominada síndrome del burn-out ¹⁰⁴. Este síndrome aparece en personas cuyo trabajo se desarrolla en profesiones de ayuda y de contacto directo y diario con sujetos que sufren, donde el sujeto se implica emocionalmente. Por otro lado la indefinición académica de los médicos de urgencias favorece las diferencias laborales y de reconocimiento clínico frente a otros profesionales sanitarios.

Por norma general, los SUH se caracterizan por atender a un gran volumen de pacientes, con grandes variaciones en su complejidad y con la expectativa de una gran capacidad de resolución, es decir, una asistencia eficaz y rápida ¹⁰⁵. Sin embargo, para alcanzar estos objetivos sería necesario actuar sobre aquellos factores extrínsecos mencionados, con el fin de adecuar la dotación estructural, dinamizar el proceso de ingreso hospitalario y obviamente profesionalizar estos Servicios.

8. LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS

La Medicina de Urgencias y Emergencias (MUE) es el área de la medicina que se ocupa de la asistencia, docencia, investigación y prevención de las condiciones urgentes y emergentes. Su campo de acción comprende la asistencia inicial al paciente afecto de un proceso urgente y/o emergente, allá donde éste la demande o se produzca, con el objetivo de diagnosticar y tratar la patología de forma definitiva, iniciar el proceso diagnóstico y terapéutico que posteriormente será continuado en el ámbito de la especialidad correspondiente, o corregir el problema vital en caso de que éste esté presente. Por tanto, el Médico de Urgencias es el profesional de la Medicina con preparación específica para asistir a pacientes con problemas urgentes y emergentes, ya sea como clínico o para la aplicación de técnicas imprescindibles para solucionar dichos problemas ¹⁰⁶.

La MUE es una especialidad reconocida en países europeos (República Checa, Irlanda, Malta, Polonia, Eslovenia, Reino Unido, Italia, Turquía y Hungría, y tiene carácter complementario con Certificación en Medicina de Urgencias y Emergencias en Alemania,

Francia, Jordania, Sudáfrica, Taiwán y Portugal) así como en Estados Unidos, Canadá, Australia, China, Filipinas, Nicaragua, Costa Rica... No deja de ser curioso que la especialidad de MUE no exista en España, cuando se trata de una especialidad necesaria y querida ¹⁰⁷, y respecto a la que no parecen existir dudas razonables de su necesidad. Datos objetivos que lo justifican pueden ser que 1 de cada 2 españoles visita un servicio de urgencias anualmente ⁶⁰, 1 de cada 10 ciudadanos recibe asistencia sanitaria urgente por parte de los servicios de emergencias médicas ¹⁰⁸ y 1 de cada 4 episodios abiertos en un gran hospital lo es a través de su servicio de urgencias ¹⁰⁹.

Saber si la especialidad de MUE es querida por los médicos es algo que resultaba difícil de sustentar, porque no se disponía de datos objetivos. Un estudio realizado por Toranzo Cepeda et al establece la predisposición de los médicos que optaban a una plaza en la convocatoria de la prueba selectiva de Formación Sanitaria Especializada para médicos 2010 (“examen MIR”) para elegir la especialidad de MUE en el caso que existiera, y conocer qué factores se asocian con una mayor predisposición del candidato a elegir esta especialidad ¹¹⁰. Los autores demuestran por primera vez que la especialidad de MUE es querida por los aspirantes a una plaza MIR: hasta el 40’5% de los MIR de 2010 aceptarían desarrollar su formación en la especialidad de MUE y, el 9% la hubiese elegido como primera opción de haber existido en dicha convocatoria, por delante de las otras 44 especialidades vigentes. Otros datos del estudio resultan también especialmente relevantes: la predisposición a situar la MUE en primer lugar es mayor en los MIR extranjeros, aumenta progresivamente con la edad y con el número de orden obtenido en el examen, y se produce de forma significativamente más frecuente entre el colectivo MIR que eligen Medicina Familiar y Comunitaria y Medicina Intensiva ^{107, 110}. Los datos obtenidos en este estudio se encuentran en línea con lo que se ha vivido y se vive en los países con larga tradición en un programa formativo estructurado de especialización en MUE, por ejemplo en Estados Unidos, donde la especialidad de MUE cuenta con más de 30 años de historia, en 2009 fue la cuarta especialidad en número de plazas ofertadas y la quinta en número de solicitudes recibidas para iniciar el programa de formación de especialista ¹¹¹.

La necesidad de mejorar la calidad de la atención urgente prestada a los ciudadanos es una de las principales razones que justifica la creación de la especialidad de MUE en España. La creciente demanda de atención urgente por parte de la población hace más evidente la necesidad de disponer de médicos a tiempo completo preparados para atender inicialmente a todo tipo de pacientes. No obstante, durante los últimos 10 años, algunos SUH han sido

jerarquizados y han funcionado de forma más o menos autónoma con profesionales que han apoyado el desarrollo de la MUE, se han desarrollado igualmente los Equipos de Emergencias Sanitarias y se han creado equipos de urgencias extrahospitalarios ¹⁰⁶. La creación de la especialidad contribuirá a potenciar la creación de SUH autónomos y jerarquizados y de dispositivos de Urgencias Extrahospitalarios, homogeneizando de este modo la atención urgente y emergente propiamente dicha y equilibrando las relaciones de sus profesionales con los de otras especialidades en el ámbito hospitalario y extrahospitalario.

Existen otros múltiples y variados argumentos para justificar la creación de la especialidad de MUE ¹⁰⁶:

1. Motivos Asistenciales:

- a. Profesionales capaces de manejar de manera integral y específica al paciente que demande una primera asistencia urgente o emergente.
- b. La demanda social: más de 40 millones de pacientes demandan anualmente asistencia sanitaria urgente en España.
- c. Existencia de miles de profesionales que en la actualidad se dedican, de forma específica a este tipo de asistencia.

2. Motivos Docentes y Científicos:

- a. Cuerpo doctrinal específico que constituya un campo separado de conocimiento, con aportaciones multidisciplinares.
- b. Competencia asistencial delimitada que corresponde a la atención inicial de las situaciones urgentes y emergentes.
- c. Existencia de técnicas y procedimientos propios.
- d. Campo específico de investigación.
- e. Existencia de literatura científica propia y foros nacionales e internacionales de debate científico.
- f. Existencia de Organizaciones nacionales e internacionales que aglutinan a los profesionales dedicados a esta área del conocimiento.
- g. Existencia de estudios de investigación que demuestran la eficacia y la eficiencia de los profesionales dedicados específicamente a la atención urgente frente a otros especialistas y médicos en formación.

En la actualidad, los ciudadanos solicitan, y en algunos países exigen que la patología urgente sea resuelta de forma inmediata (rápido), eficaz, casi infalible (resolutiva), con calidad (profesional) y satisfactoria ¹¹². Por ello es imprescindible la creación de la especialidad de

MUE como especialidad primaria. No es un área del conocimiento médico basada en un órgano o sistema, es un área transversal que requiere conocimientos de muchas especialidades. Por tanto la atención urgente y emergente en nuestro país necesita una planificación seria, equitativa y homogénea en todo el territorio nacional, asegurando así su futuro y su calidad científico-técnica.

En espera de la decisión gubernamental de la creación de la especialidad de MUE, en el año 2001 se crea la Categoría Profesional de Médicos de Urgencia Hospitalaria (RD 866/2001 de 20 de Julio)⁴³, a la vez que se regulan de forma específica las funciones (*ANEXO III*) que deben desempeñar estos profesionales, los requisitos de acceso a la misma, así como aquellas cuestiones que resultan necesarias a la hora de establecer una nueva categoría y modalidad estatutaria.

ACTIVIDAD INVESTIGADORA DE LOS MUH

Dentro de las funciones de los Médicos de Urgencia Hospitalaria establecidas en el Real Decreto 866/ 2001 hay que hacer especial mención a la actividad investigadora. En el punto 10 del apartado de Funciones de dicho decreto se establece que el MUH ha de “participar en los programas de investigación, en el plan de formación y en las actividades de mejora de la calidad propias de su especialidad”⁴³. Sin embargo, uno de los aspectos más olvidados por los profesionales de urgencias es la actividad investigadora. Son pocos los investigadores en este campo y la producción científica es escasa. Existen varios motivos que pueden explicar esta escasez investigadora^{113, 114}:

- Relacionada con los profesionales de urgencias:
 - ✚ Escasa formación: el MUH dedica prácticamente todo su tiempo de formación a temas asistenciales, y tiene un déficit de conocimiento en cuestiones relacionadas con la investigación, epidemiología y estadística.
 - ✚ Falta de motivación: la comunidad científica en general no tiene una gran opinión de la actividad investigadora que se puede realizar en los SUH y, con cierta frecuencia, ni los propios profesionales la vemos como una de nuestras funciones.
 - ✚ Escasa tradición investigadora: constituye una especie de “círculo vicioso”, al no investigar no tenemos práctica, y al no tener práctica no investigamos.

- Relacionadas con la actividad laboral:
 - ✚ Escasez de tiempo: la sobrecarga asistencial consume la práctica totalidad de la jornada laboral.
 - ✚ Sistemas de registro: la no disponibilidad de historias clínicas informatizadas en muchos hospitales no favorecen la actividad de recopilación investigadora.
 - ✚ Dificultades estructurales: aunque existe una mejora continua de los medios técnicos y de equipamiento de los SUH, algunos aún carecen de las condiciones necesarias para investigar en nuestra área de conocimiento.
 - ✚ Dificultades de financiación. También se trata de un círculo vicioso, la escasa tradición hace más difícil conseguir financiación.
 - ✚ Horarios. El trabajo en turnos de mañana y tarde dificulta las reuniones de todos los profesionales, sesiones clínicas, bibliográficas...
 - ✚ Patologías atendidas en los SUH: en la mayoría de las ocasiones se establece un diagnóstico sindrómico. Al no llegar al diagnóstico etiológico, determinados estudios que deberían efectuarse en nuestro ámbito, los realizan las especialidades a las que se les hacen los ingresos, al poder profundizar en el diagnóstico y ocuparse del seguimiento.

La primera cuantificación objetiva de la actividad investigadora fue un estudio realizado por Montero Pérez et al ⁵⁷, quienes constataron que en el año 1996 sólo un 15% de los SUH habían leído tesis doctorales por sus facultativos, la mitad de ellos no habían publicado ningún trabajo de investigación durante aquel año y en una tercera parte no habían presentado comunicaciones a congresos. Datos referentes a 2004 mostraron que en España sólo se leyeron 10 tesis doctorales relacionadas con la MUE (un balance muy pobre teniendo en cuenta el elevado número de profesionales que desarrollan su labor en esta área de la medicina) ¹¹³.

El análisis más extenso de la actividad investigadora de los MUH fue realizado por Miró et al en un estudio que detalla las características de la producción científica durante un período de 30 años (1975-2004). Los autores concluyen que la actividad investigadora en MUE resulta cuantitativamente baja y cualitativamente también se sitúa por debajo de la media ¹¹⁵.

Sin embargo, los diferentes estudios revisados no hacen sino que constatar una dinámica de crecimiento continuado en la producción científica en el campo de la MUE. Si este incremento se mantiene, nos permitirá equipararnos cuantitativamente con la actividad científica de nuestros compañeros de otras especialidades y con la de MUH de otros países.

Es pues importante considerar que promover el reconocimiento de la especialidad de MUE y su presencia en la Universidad constituye una magnífica oportunidad de contacto con la investigación ¹¹⁶.

9. EL SISTEMA DE SALUD CASTELLANO – LEONÉS

La Comunidad de Castilla y León es la más extensa de las Comunidades Autónomas de España. Se encuentra situada dentro del territorio noroeste y limita con otras nueve Comunidades. Con una extensión de 94.226 km², tiene una población de 2.563.521 habitantes (1.266.909 hombres y 1.288.556 mujeres), y una densidad de población de 27'2 habitantes / km².



Figura 4. Autonomía de Castilla y León.

www.jcyl.es/web/jcyl/conocercastillayleon/es/plantilla100

	Población total (habitantes)	Superficie (km ²)	Densidad de población (hab. / km ²)
Avila	171680	8050	21'3
Burgos	375563	14291	26'3
León	500169	15581	32'1
Palencia	173306	8052	21'5
Salamanca	354608	12350	28'7
Segovia	164584	6923	23'8
Soria	95101	10307	9'2
Valladolid	532575	8110	65'7
Zamora	195665	10561	18'5
Castilla y León	2563521	94226	27'2

Tabla 1. Datos demográficos de las provincias que constituyen la Autonomía de Castilla y León.
(Fuente: Dirección General de Estadística de la Junta de Castilla y León con datos del INE).

Las características fundamentales de la comunidad, en lo que se refiere a su población son por un lado su dispersión y fuerte carácter rural (el 43'88% de la población vive en municipios de menos de 10.000 habitantes y el 88% de los municipios tiene menos de 1.000 habitantes), y por otro lado el envejecimiento (el índice de vejez es del 22'30, el de envejecimiento 191'99, con una esperanza de vida al nacimiento de 78'9 años para los varones y 85'5 para las mujeres).

ESTRUCTURA SANITARIA DE CASTILLA Y LEÓN

La Ley 8/2010 de 30 de Agosto de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León⁴⁰, en su Título II, Capítulo II, recoge la ordenación territorial de la Comunidad y deja manifiesto que el Sistema Público de Salud de Castilla y León se organiza territorialmente en Áreas de Salud, Zonas Básicas de Salud, Demarcaciones Sanitarias y en aquellas otras divisiones territoriales que, en función de lo establecido en el artículo 17 de dicha Ley, pudieran crearse. El conjunto de estas organizaciones territoriales se denomina mapa sanitario de Castilla y León, y es el instrumento esencial para la ordenación, planificación y gestión del Sistema Público de Salud de la Comunidad. La Organización Territorial deberá asegurar la continuidad de la atención en sus distintos niveles y promover la efectiva aproximación de los servicios al usuario así como la eficiencia y coordinación de todos los recursos.

En el Título II, Capítulo II, art. 14 de la citada Ley establece que las Áreas de Salud son las estructuras fundamentales del Sistema Público de Salud de Castilla y León, y a su vez

constituyen el marco fundamental para el desarrollo de las prestaciones, los programas asistenciales, los programas de promoción y protección de la salud y los de prevención de la enfermedad. Por otro lado, son las principales estructuras de referencia para la organización de las actuaciones sanitarias, su organización asegurará la continuidad de la atención sanitaria en todos los niveles asistenciales y facilitará la coordinación de todos los recursos que le correspondan, a fin de configurar un sistema sanitario coordinado e integral. Para conseguir la máxima operatividad y eficacia en el funcionamiento de la Atención Primaria, las Áreas de Salud se dividen en Zonas Básicas de Salud (*ANEXO IV*).

10. CARACTERÍSTICAS DEL COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN

Con la denominación de Complejo Asistencial Universitario de León (CAULE) se conoce el Complejo Sanitario integrado por el Hospital de León, el Hospital Monte San Isidro, el Hospital Santa Isabel y los Centros de Especialidades Periféricas Hermanos Larrucea y José Aguado. El Hospital de León a su vez está integrado por el “Hospital Virgen Blanca” de la Seguridad social e inaugurado en 1968, y el “Hospital Princesa Sofía” construido en 1974 por la Diputación Provincial de León¹¹⁷.

La historia del CAULE viene determinada por las sucesivas integraciones de los diversos centros asistenciales que la componen. La primera se realiza en el año 1990 con el “Convenio de Administración y Gestión” firmado por el Ministerio de Sanidad (INSALUD) y la Diputación Provincial con el objetivo de hacer más eficaces los servicios que, de manera independiente, prestaba cada uno de los hospitales, y que se completaría con la definitiva integración del personal laboral fijo del Hospital Princesa Sofía en los regímenes estatutarios de la Seguridad Social. La segunda con la transferencia a la Junta de Castilla y León, en enero de 2002, de las competencias en la gestión de las Instituciones Sanitarias ubicadas en su territorio, y con la Integración en el Complejo Sanitario del Hospital Monte San Isidro y la Residencia Santa Isabel.

En el momento actual el Hospital está inmerso en un programa de reforma y ampliación que empezó en 1999, y entre los objetivos de esta restructuración se encuentra el de solucionar algunos de los problemas estructurales derivados de las diversas integraciones como es la necesidad de ampliación de determinadas áreas como la correspondiente a Urgencias¹¹⁷.

CARTERA DE SERVICIOS

SERVICIOS CENTRALES ¹¹⁸	SERVICIOS MÉDICOS ¹¹⁸	SERVICIOS QUIRÚRGICOS ¹¹⁸
Admisión y documentación clínica	Alergología	Anestesia y Reanimación
Análisis clínicos	Aparato Digestivo	Angiología y Cirugía Vascolar
Anatomía Patológica	Cardiología	Cirugía Cardíaca
Farmacia Hospitalaria	Endocrinología y Nutrición	Cirugía General
Hematología y Hemoterapia	Geriatría	Cirugía Maxilofacial
Inmunología	Medicina Interna	Cirugía Plástica
Medicina del trabajo	Nefrología	Dermatología
Medicina Intensiva	Neurología	Neurocirugía
Medicina nuclear	Neumología	Obstetricia y Ginecología
Medicina preventiva	Oncología Médica	Oftalmología
Microbiología y parasitología	Pediatría	Otorrinolaringología
Neurofisiología clínica	Psiquiatría	Traumatología y C. ortopédica
Oncología Médica	Reumatología	Urología
Radiodiagnóstico	Unidad de Cuidados Paliativos	
Radiofísica y protección radiológica		
Rehabilitación		
Urgencia Hospitalaria		

Tabla 2. Cartera de Servicios del CAULE**11. EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN.**

Los Servicios de Urgencias de los Hospitales siguen una distribución basada en la funcionalidad y la operatividad. No hay que olvidar que constituye el área hospitalaria con mayor afluencia de pacientes, y es por ello que debe tener una organización adecuada y funcional, con zonas definidas y delimitadas para una correcta atención.

El SUH del CAULE se encuentra ubicado en la Planta 0 del Ala Este del Hospital de León.
(ANEXO V)



Figura 5. Visión aérea simulada del Complejo Asistencial Universitario de León.

RECURSOS

RECURSOS DE INFRAESTRUCTURA.

Como norma general, el SUH debe quedar bien diferenciado del resto del hospital y con circuitos de circulación propios. Desde un punto de vista funcional, la estructura ideal es la de disposición horizontal, en una única planta, capaz de contener todas las facilidades asistenciales y servicios de soporte con el fin de asegurar la máxima autosuficiencia respecto a sus necesidades¹¹⁹. Ha de disponer de unas áreas concretas:(ANEXO VI⁴⁴)

1. Vía de acceso al SUH.
2. Área de admisión de urgencias.
3. Zona de Triage o clasificación.
4. Áreas Asistenciales.
5. Almacén de material sanitario y limpieza.
6. Botiquín de Farmacia.
7. Áreas auxiliares: despachos, salas de estar, aseos...
8. Vías de comunicación con el resto del hospital.

RECURSOS HUMANOS.

1. MÉDICOS: existe un consenso general en el sentido de que los SUH han de contar con un médico responsable, ya sea como jefe de servicio o no, con la misión básica de garantizar la organización, el funcionamiento, la logística general y el desarrollo del Servicio. Habitualmente existe un responsable de urgencias que presta sus servicios en horario laboral convencional y le releva en sus funciones un jefe de guardia, que suele quedar como máximo responsable de todo el hospital fuera de este horario. Asimismo, los SUH deben contar con médicos polivalentes y con experiencia en Medicina de Urgencias, en un número mínimo que se cubra adecuadamente la demanda asistencial media del dispositivo¹¹⁹.
2. ENFERMERÍA: Cada SUH debe contar al menos con un responsable específico (supervisor/a) para liderar a todos los componentes del equipo de enfermería y liderar los cuidados de enfermería en concordancia con los objetivos de la profesión y el centro. Para estimar el número de de profesionales de enfermería que se requiere hay que tener en cuenta cada uno de los circuitos y áreas asistenciales definidas en el servicio¹¹⁹.
3. PERSONAL ADMINISTRATIVO: El SUH debe contar con un responsable administrativo, con la misión específica de organizar y liderar el desarrollo de los procesos de control de gestión, registro y del personal administrativo integrado en el mismo. Habitualmente se trata de personal administrativo dependiente del Servicio de Admisión y Documentación Clínica¹¹⁹.
4. OTRO PERSONAL: En este punto se hace referencia a trabajadores sociales, personal de limpieza, personal de mantenimiento, personal de seguridad...

(ANEXO VII y ANEXO VIII)⁴⁴

CARTERA DE SERVICIOS

1. ASISTENCIALES.

La cartera de Servicios del SUH incluye los siguientes apartados ⁴⁴:

A. ATENCIÓN A LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA, POLITRAUMATIZADO Y A LA EMERGENCIA

- I. Aislamiento y control de la vía aérea y ventilación.
- II. Control cardiocirculatorio.
 - a. Monitorización electrocardiográfica.
 - b. Desfibrilación.
 - c. Cardioversión sincronizada.
 - d. Marcapasos externo.
- III. Atención al Politraumatizado.
 - a. Técnicas de inmovilización de la columna.
 - b. Técnicas de inmovilización de miembros.
- IV. Manejo, control y administración de los fármacos protocolizados.

B. PROCEDIMIENTOS DE CONTROL Y OBSERVACIÓN

- I. Toma y monitorización de la temperatura.
- II. Toma y monitorización de pulso y frecuencia respiratoria.
- III. Toma y monitorización de la presión no invasiva.
- IV. Monitorización electrocardiográfica continua.
- V. Monitorización de la saturación de oxígeno.
- VI. Monitorización de la diuresis horaria y por turnos.

C. PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS / TERAPÉUTICOS

- I. Acceso a la vía venosa periférica.
- II. Acceso a la vía venosa central
- III. Punción arterial.
- IV. Sondaje vesical.
- V. Sondaje nasogástrico.
- VI. Paracentesis.
- VII. Toracocentesis.

D. PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS

I. Quirúrgicos:

- a. Suturas de piel y tejido subcutáneo, no complicadas y sin repercusión funcional ni estética.
- b. Cura y limpieza de heridas y quemaduras.
- c. Tratamiento, taponamiento de hemorragias y control de heridas sangrantes.
- d. Extracción simple de cuerpos extraños en cornea.
- e. Extracción simple de cuerpos extraños en orofaringe, fosas nasales y conducto auditivo.

II. Otros:

- a. Administración de aerosoles y nebulizaciones.
- b. Oxigenoterapia.
- c. Ventilación no invasiva.
- d. Sedación y analgesia bajo protocolo.
- e. Anestesia tópica y loco-regional.

E. PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

I. Del Servicio de Urgencias:

- a. Electrocardiograma.
- b. Fondo de ojo.
- c. Exploración con lámpara de hendidura.
- d. Otoscopia y rinoscopia.
- e. Laringoscopia indirecta.

II. A través del Servicio de Radiología:

- a. Radiografía simple de abdomen.
- b. Radiografías de tórax.
- c. Radiografías osteoarticulares.
- d. Ecografía (Bajo protocolo)
- e. TAC (bajo protocolo)

III. A través del Servicio de Hematología:

- a. Hemograma (hematíes y sus parámetros, hemoglobina, plaquetas, leucocitos y su fórmula)
- b. Coagulación (con TP, TPTA, INR, Fibrinógeno)
- c. Frotis (según protocolo)

d. Dímero D (según protocolo)

IV. A través del Servicio de Análisis Clínicos:

- a. Determinaciones en sangre: glucosa, urea, creatinina, sodio, potasio, cloro, calcio, proteínas totales, bilirrubina total y directa, transaminasas, CPK y CPK MB, Troponina, amilasas, niveles de fármacos.
- b. Gasometría arterial y venosa.
- c. Determinaciones en orina: examen en fresco de sedimento; niveles de tóxicos.
- d. Determinaciones en líquidos orgánicos: líquido cefalorraquídeo (hematíes, leucocitos y cuantificación y fórmula, glucosa y proteínas); Líquido pleural, articular y ascítico (hematíes, leucocitos, cuantificación y fórmula, glucosa y proteínas, LDH y amilasa, pH).

V. A través del Servicio de Microbiología:

- a. Recogida y procesamiento para Cultivo y Antibiograma de sangre, líquidos corporales, secreciones y cualquier catéter o material.
- b. Gota gruesa, test de mononucleosis...

2. FORMACIÓN.

A. FORMACIÓN CONTINUADA

Incluye los siguientes elementos⁴⁴:

- Sesiones clínicas, bibliográficas, de protocolización, de consenso de vías clínicas con periodicidad quincenal
- Organización de cursos y talleres relacionados con la Medicina de Urgencias y Emergencias.
- Asistencia a Cursos externos y Congresos.

B. DOCENTE EXTERNA

Participación del personal de Urgencias en el Plan de Formación de Urgencias y Emergencias de la Gerencia Regional de Salud, así como organizar e impartir la formación que se considere necesaria dentro del propio Hospital.

- Población a la que va dirigida:

- Estudiantes de Medicina y Enfermería.
- Residentes del Hospital.
- Personal Sanitario y no Sanitario del Hospital.
- Medios o recursos:
 - Participación en Cursos internos: de iniciación en Urgencias para Residentes.
 - Participación en Cursos de Urgencias y Emergencias.
 - ✓ De SVB y DEA.
 - ✓ De SVA.
 - ✓ De Asistencia inicial al paciente politraumatizado.
 - ✓ De técnicas de clasificación y triaje.
 - Organización de talleres como:
 - ✓ Técnicas de inmovilización.
 - ✓ Vendajes funcionales.
 - ✓ Cirugía menor...
 - Sesiones clínicas con los residentes que tienen asignada entre sus rotaciones el Servicio de Urgencias.

3. INSTITUCIONALES.

A. ATENCIÓN PRIMARIA Y EMERGENCIAS SANITARIAS

Se realiza a través de las Comisiones Paritarias de Coordinación entre Atención Primaria, Atención Especializada y Emergencias Sanitarias.

Asimismo, la Coordinación Médica del Servicio de Urgencias es miembro (al ser Tutor intrahospitalario de los Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria) de la Comisión Asesora y Docente de la Gerencia de Atención Primaria de León, y también de la Comisión de Docencia del Complejo Asistencial de León.

B. COMISIONES CLÍNICAS.

El Real Decreto (RD 521/1987) en sus diferentes artículos, menciona aquellas comisiones que, como mínimo, deben existir en los Hospitales Públicos. Actualmente existe participación por parte de diferentes miembros del Servicio en las siguientes comisiones:

1. Comisión de Urgencias.
2. Comisión de Historias Clínicas.
3. Comisión de enfermedades infecciosas.
4. Comisión de Docencia.

ORGANIGRAMA FUNCIONAL DEL SUH DEL CAULE.

Desde Mayo de 2008 se ha realizado una nueva organización funcional del Servicio de Urgencias, debido por un lado a la demanda asistencial y por otro, a la necesidad evidente de que cada turno quede adecuadamente cubierto en caso de absentismo de algún facultativo. De esta manera se aumenta el número de facultativos a 12 en turno de mañana y 8 en turno de tarde, consiguiendo con ello mayor cobertura en el área de traumatología y en el área de consultas. Se mantiene el número de 4 facultativos en horario nocturno (*ANEXO IX*⁴⁴)

DOCUMENTACIÓN

1. DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

- A. Informe de Urgencias.
- B. Protocolos / vías clínicas / guías clínicas.

2. DOCUMENTACIÓN ADMINISTRATIVA

- A. Parte de incidencias.
- B. Memoria Anual del Servicio.

3. DOCUMENTACIÓN MÉDICO – LEGAL

- A. Consentimiento informado.
- B. Partes de lesiones y accidentes.
- C. Informes.
- D. Documento ante malos tratos / violencia de género.
- E. Alta voluntaria.

Una descripción más detallada de la documentación del SUH se encuentra en el *ANEXO X*⁴⁴

II. JUSTIFICACIÓN, HIPÓTESIS Y OBJETIVOS DEL ESTUDIO

1. JUSTIFICACIÓN E HIPÓTESIS

La sanidad en general y los SUH en particular se encuentran inmersos en una sociedad con pautas de conducta rápidamente cambiantes, necesitando asimilar cambios tecnológicos permanentemente, y obligados a practicar una medicina eficiente. Los SUH han de dar por ello una respuesta diferenciada a los retos citados, sin obviar que los ciudadanos han incorporado a sus pautas de conducta sanitaria la asistencia urgente e inmediata. Todo ello se traduce en un incremento del número de pacientes atendidos diariamente que supera a cualquier otro servicio hospitalario llegando fácilmente a situaciones de saturación, lo cual obliga a buscar nuevas respuestas organizativas.

Desde hace más de dos décadas es conocido el incremento continuo de la presión asistencial en los SUH y el uso inadecuado de los mismos. A pesar de ello pocas medidas eficaces se han llevado a cabo, persistiendo un incremento en la demanda de atención urgente que ha ido acompañada, a su vez, de un mayor número de visitas a urgencias consideradas inadecuadas. Todo ello conlleva que se vive una sobrecarga de trabajo en los SUH que no hace sino generar sentimientos de ineficacia entre los profesionales y una sensación de calidad disminuida de la atención que reciben los pacientes.

Los SUH han experimentado un gran desarrollo debido fundamentalmente al aumento de la demanda. Esta gran demanda y utilización de los SUH se debe en gran parte a procesos patológicos leves y/o banales que no requieren de recursos, prestaciones o servicios específicos y que deberían ser atendidos y resueltos en otros niveles asistenciales. Como resultado de la demanda y utilización inadecuada de los SUH se producen unas consecuencias negativas para el conjunto del sistema sanitario que podemos resumir en: masificación de los SUH, alteración de la calidad del proceso asistencial, aumento de iatrogenia, mayor agresividad diagnóstica y terapéutica, y aumentos de costes.

Los antecedentes que fundamentan este trabajo de investigación son los siguientes:

1. Las áreas de urgencia son una de las principales puertas de entrada de la demanda hospitalaria. Esta atención urgente exige del profesional médico una rápida toma de decisiones con información incompleta, por lo que la inadecuación y la incertidumbre del

resultado son elementos inherentes al trabajo en urgencias, que fácilmente pueden modificar la calidad y efectividad de las intervenciones.

2. Contribuir a un mejor conocimiento de la actividad de un SUH y así posibilitar las iniciativas de mejora de calidad asistencial.

3. Calcular la dotación de recursos humanos así como las necesidades de infraestructura según los estándares de urgencias hospitalarias.

Este trabajo de investigación pretende conocer más a fondo el SUH, descubrir aspectos de la Urgencia Médica que son desconocidos, aportar una información original sobre el proceso asistencial del SUH para ser utilizado en la toma de decisiones (Planificación Sanitaria), comprender la evolución asistencial del SUH del CAULE en los últimos 10 años, paralela y posiblemente semejante a la del resto de nuestro país. Es pues un estudio que puede encuadrarse por tanto en el marco de la Calidad del Proceso Asistencial del Sistema Sanitario, colaborando a dar soluciones a los actuales problemas de los SUH.

El elemento fundamental sobre el que se basa este estudio es el conocer en profundidad las urgencias que genera una población, a través de un SUH de un hospital de referencia. El hecho de realizar un estudio de investigación basado en la urgencia se debe a una preocupación por estudiar a fondo cual es el engranaje de su funcionamiento, analizar sus problemas y sugerir posibles mejoras, realizar un análisis de la frecuentación, así como observar cuales son las características de la demanda que nuestra población genera. Se considera que los resultados que se obtengan de este estudio puedan ser aplicables a otros centros.

El estudio de la actividad de un SUH es útil para proponer medidas de mejora desde el punto de vista de calidad asistencial, gestión clínica y en general la adecuación entre la demanda y la oferta.

Asimismo, nos permitirá la elaboración de un proceso: planificar, organizar, dirigir y evaluar las acciones derivadas de la función propia del profesional sanitario.

2. OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES

El principal objetivo de este estudio ha sido analizar la frecuencia y características de la demanda atendida en el Servicio de Urgencias del Complejo Asistencial Universitario de León durante la década 2000-2009 con el fin de proponer medidas de mejora del proceso asistencial hospitalario.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Conocer la estructura y características de la población atendida, especialmente por edad y sexo.
2. Establecer las diferencias que se han observado, a lo largo de una década, en las características poblacionales y asistenciales de nuestro medio.
3. Estudiar la demanda asistencial del SUH del CAULE y su evolución en la última década.
4. Cuantificar la actividad en función de las diferentes áreas del SUH (Traumatología, Pediatría, Ginecología, Medicina General...)
5. Estudiar la demanda asistencial del SUH del CAULE según tramos horarios, las tendencias estacionales, distribución por días de la semana, mes del año, destino del paciente una vez atendido en urgencias...
6. Valorar el perfil de Ingresos que se realizan desde el Servicio de Urgencias en el propio Centro Hospitalario así como en aquellos Centros Concertados con SACYL.
7. Estudiar la evolución a lo largo del periodo estudiado de la frecuentación del SUH motivada por accidentes de tráfico y accidentes laborales.
8. Describir la evolución de los distintos indicadores de la atención urgente (frecuentación, presión de urgencias, porcentaje de urgencias ingresadas...)
9. Establecer un marco que posibilite la planificación de los recursos humanos en función de la demanda asistencial.

III. MATERIAL Y METODOLOGÍA

1. DISEÑO Y ÁMBITO DEL ESTUDIO.

Se realiza un estudio epidemiológico observacional, de carácter descriptivo y con recogida de datos de forma retrospectiva, de base poblacional, aplicado a la población que acude por cualquier motivo al SUH del Complejo Asistencial Universitario de León, durante el periodo comprendido entre el 1 de Enero del 2000 y el 31 de Diciembre del 2009.

2. MARCO GEOGRÁFICO.

Dentro de la Comunidad de Castilla y León, la provincia de León ocupa una superficie de 15.581 km², siendo la más extensa de las nueve que la integran. Localizada en el extremo noroccidental de dicha Comunidad, tiene una población de 500.169 habitantes que cumplen a su vez con las características fundamentales descritas con anterioridad para toda la Comunidad (dispersión geográfica y envejecimiento). Dicha población se caracteriza por estar concentrada principalmente en dos núcleos urbanos, León y Ponferrada, que entre los dos suman el 40'87% de los habitantes de la provincia.

La organización sanitaria de la provincia está estructurada en dos Áreas de Salud ¹²⁰, la de León, que a su vez cuenta con 28 Zonas Básicas de Salud (*ANEXO XI*); y la de El Bierzo que se divide en 11 Zonas Básicas de Salud.



Figura 6. Áreas de Salud de la provincia de León.

3. MARCO DEMOGRÁFICO.

La población de la zona político – administrativa correspondiente a la Comunidad Autónoma de Castilla y León, se ha mantenido estable a lo largo de los últimos años ¹²¹, incluidos los del período estudiado. Esta estabilidad poblacional sitúa al número de habitantes en torno a los 2'5 millones en la última década y no hay variación en la razón hombre / mujer (1'24 millones hombres / 1'27 millones mujeres). (FIGURA 7 y FIGURA 8).

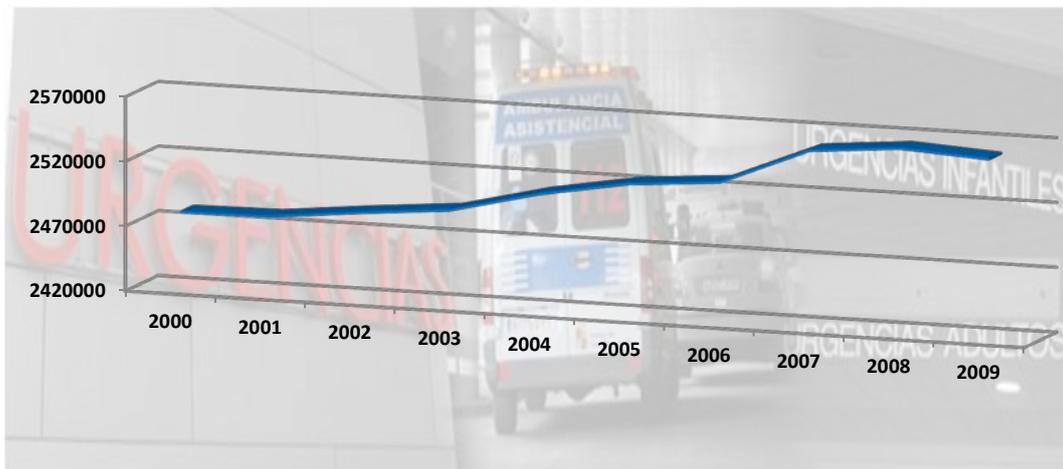


Figura 7. Evolución de la población de Castilla y León en la última década.

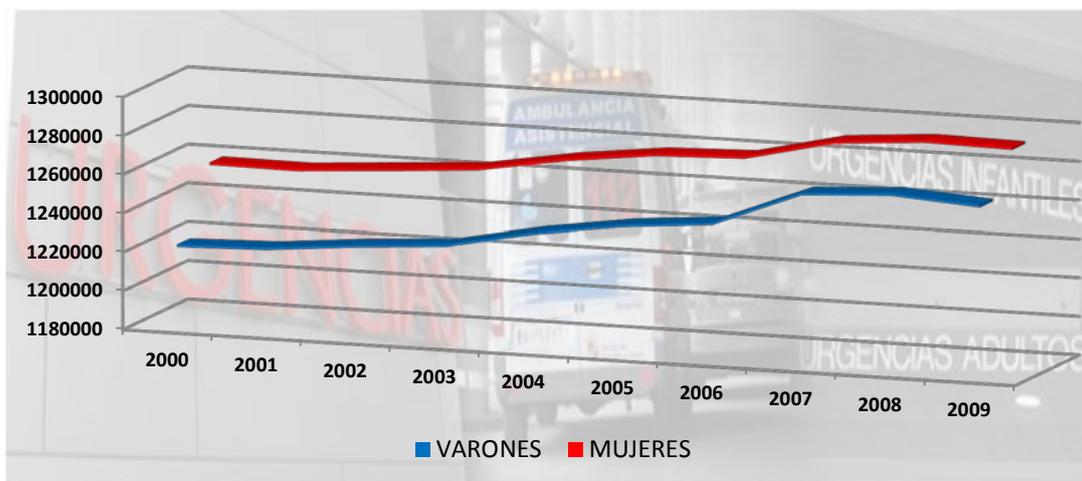


Figura 8. Evolución de la población de Castilla y León según el sexo en la última década.

En la provincia de León sucede lo mismo¹²¹, hay una estabilidad en la población (en torno a 497000 habitantes en la última década) y un equilibrio entre los habitantes de los distintos sexos (243000 hombres / 254000 mujeres). (FIGURA 9 y FIGURA 10).

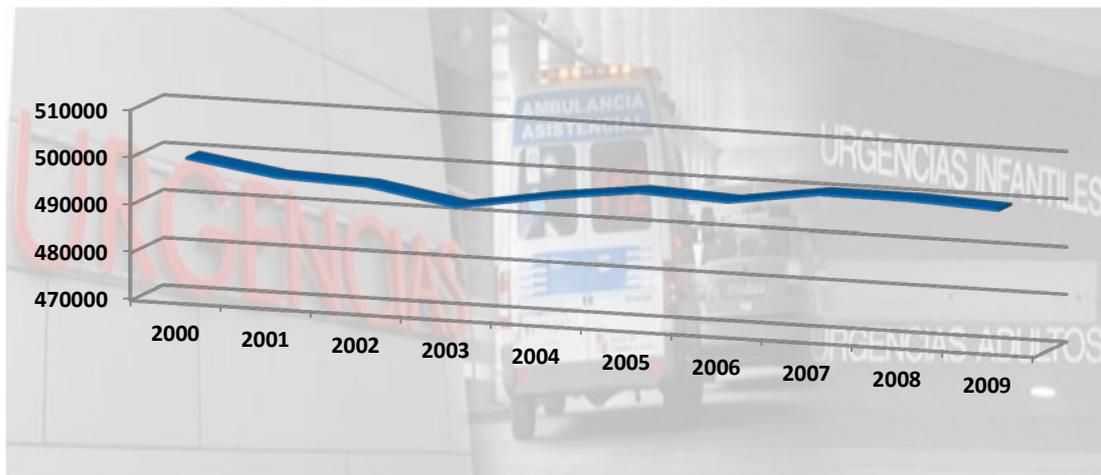


Figura 9. Evolución de la población de León en la última década.

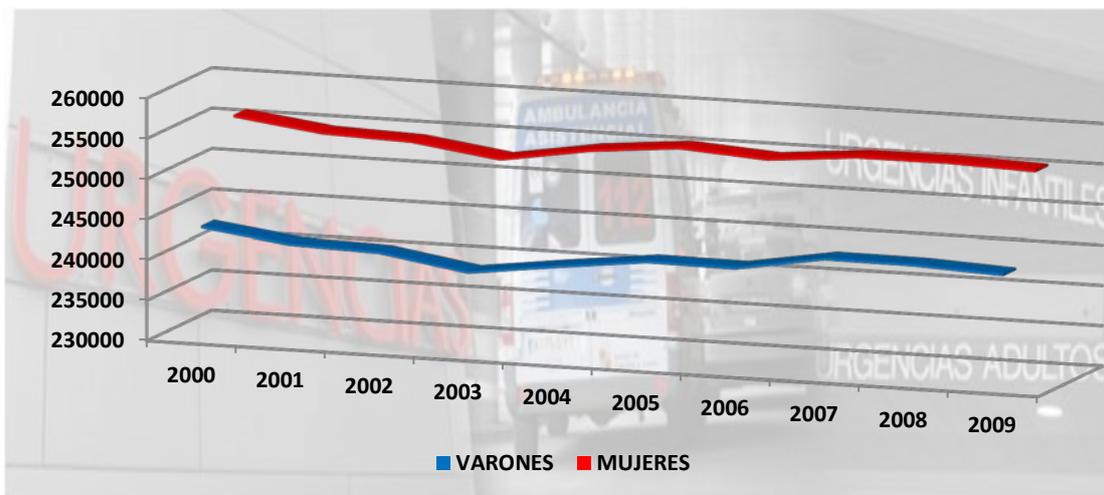


Figura 10. Evolución de la población de León según el sexo en la última década.

Igualmente, el Área de Salud de León (área de referencia del Complejo Asistencial Universitario de León), según los datos del Instituto Nacional de Estadística, mantiene una estabilidad poblacional en la década a estudio, y se sitúa en torno a unos 330000 habitantes, constituyendo éstos la población de referencia del estudio (Población adscrita al Área de Salud de León).

Finalmente, conviene reflejar por la relevancia que adquiere en la solicitud de asistencia sanitaria en el SUH, que la pirámide de la población de la Provincia de León (FIGURA 11) denota una clara tendencia al envejecimiento, con más de un 24'67% de población que supera los 65 años¹²².

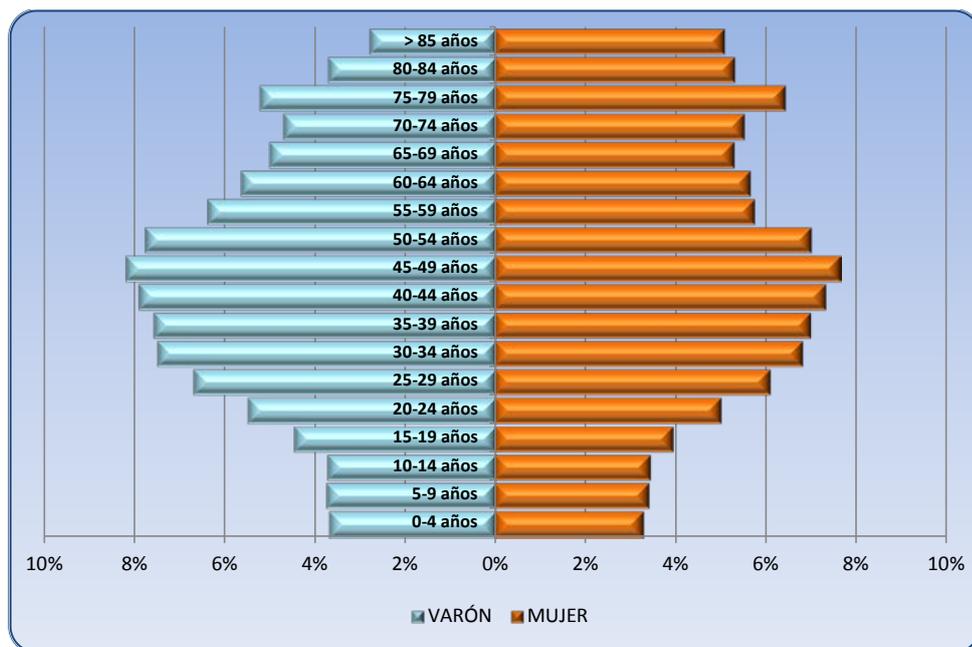


Figura 11. Pirámide de población de la provincial de León.

4. ASISTENCIA SANITARIA DEL ÁREA DE SALUD DE LEÓN

La Ley General de Sanidad establece que los Servicios de Salud que se creen en las Comunidades Autónomas se planificarán con criterios de racionalización de recursos de acuerdo con las necesidades de cada territorio en demarcaciones geográficas denominadas Áreas de Salud, que se dividirán en Zonas Básicas de Salud. Cada Área de Salud estará vinculada o dispondrá al menos de un Hospital General con los servicios necesarios para asistir a la población. Sobre este particular, el Modelo de Gestión Hospitalaria establece que se “asignará a cada Hospital un ámbito de actuación geográficamente determinado, teniendo en cuenta factores demográficos, socioeconómicos y culturales, pudiendo sobrepasar el ámbito geográfico de actuación de los hospitales, los límites de cada comunidad...”. El Hospital se responsabilizará de la asistencia especializada a prestar a los habitantes de su sector, coordinando las actuaciones asistenciales especializadas extrahospitalarias.

Teniendo en cuenta lo expuesto y desde el punto de vista asistencial el Área de Salud de León tiene la siguiente dotación asistencial:

▪ **ATENCIÓN PRIMARIA:**

⇒ *Centros de Salud:*

- Eras de Renueva.
- La Palomera.
- La Condesa.
- El Crucero.
- San Andrés del Rabanedo.
- Trobajo del Camino – Valverde de la Virgen.
- Armunia.
- José Aguado.
- Astorga I.
- Astorga II.
- La Bañeza I.
- La Bañeza II.
- Boñar.
- La Cabrera.
- Cistierna.
- Mansilla de las Mulas.
- Pola de Gordón.
- Canales (La Magdalena)
- Matallana del Torío.
- San Emiliano (Babia)
- Riaño.
- Ribera del Esla.
- Benavides del Orbigo.
- Sahagún.
- Santa María del Páramo.
- Valderas.
- Valencia de Don Juan.

⇒ *Puntos de Atención Continuada (PAC) y centros de guardia:*

- León (Eras de Renueva, La Palomera, El Crucero, José Aguado, Armunia)
- San Andrés del Rabanedo.
- Trobajo del Camino – Valverde de la Virgen.
- Astorga.

- La Bañeza.
 - San Emiliano.
 - Boñar.
 - Truchas.
 - Cistierna.
 - Pola de Gordón.
 - Mansilla de las Mulas.
 - Matallana del Torío.
 - Riaño.
 - Gradefes.
 - Benavides.
 - Sahagún.
 - Santa María del Páramo.
 - Valderas.
 - Valencia de don Juan.
- **ATENCIÓN ESPECIALIZADA:**
 - ⇒ *Complejo Asistencial Universitario de León*
 - ⇒ *Centros de Especialidades Periféricos:*
 - Centro de Especialidades Hermanos Larrucea.
 - Centro de Especialidades José Aguado.

5. FUENTE DE INFORMACIÓN

Para la realización de este estudio se han obtenido los datos del Sistema de Información Sanitaria HP-HIS.1 del Servicio de Admisión y Documentación Clínica del CAULE. Este sistema permite la gestión informatizada e integrada de pacientes del hospital. A partir del mismo y para un mejor manejo de la información, se han elaborado diez bases de datos (correspondientes a los 10 años de estudio) con el procesador de datos Excel donde se han plasmado la totalidad de las urgencias asistidas, el número de urgencias atendidas cada año así como los ingresos totales y los realizados desde el SUH, el número de pacientes teniendo en cuenta las distintas áreas de asistencia, estaciones, meses del año, días de la semana,

franjas horarias de máxima afluencia... También se han obtenido datos globales del país y por comunidades a partir del Instituto Nacional de Estadística.

6. DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES

Para la realización de este trabajo de investigación se recogieron las siguientes variables:

- 1) Edad: expresada en años, del paciente que precisa asistencia sanitaria en el SUH.
- 2) Sexo del paciente que solicita prestación sanitaria en el SUH.
- 3) Fecha de Ingreso: día en el que el paciente solicita prestación sanitaria en el SUH.
- 4) Horario de Llegada. Horario en el que se solicita asistencia sanitaria en el SUH. Se valoraron de forma individual cada hora del día, y también se agruparon en 3 franjas horarias correspondientes a las jornadas laborales:
 - a. Mañana: 8:00-15:00 horas.
 - b. Tarde: 15:00 – 22:00 horas.
 - c. Noche: 22:00 – 8:00 horas.
- 5) Día de la semana en el que se solicita asistencia sanitaria en el SUH.
- 6) Mes del año en el que se solicita asistencia sanitaria en el SUH.
- 7) Estaciones del año: Se establecieron agrupando los meses del año de la siguiente manera:
 - a. Invierno: Enero – Marzo.
 - b. Primavera: Abril –Junio.
 - c. Verano: Julio – Septiembre.
 - d. Otoño. Octubre – Diciembre.
- 8) Año completo: resultados obtenidos de cada uno de los años estudiados.
- 9) Áreas asistenciales donde tuvo lugar la valoración del paciente:
 - a. Área de Boxes y Consultas de Medicina General.
 - b. Área de Traumatología.
 - c. Área de Oftalmología y Otorrinolaringología.
 - d. Área de Pediatría.
 - e. Área de Ginecología y Obstetricia.
- 10) Urgencias atendidas en función de la hora, día de la semana, año y área asistencial.

- 11) Urgencias atendidas en función del mes, año y área asistencial.
- 12) Destino final del paciente:
 - a. Alta a domicilio.
 - b. Ingreso hospitalario:
 - Ingreso hospitalario de forma global.
 - Distribución mensual de los ingresos.
 - Ingresos hospitalarios por Servicios.
 - c. Traslado a Centros Hospitalarios destinados al manejo de patologías crónicas:
 - Traslados a otros Centros de forma global.
 - Traslados especificando los diferentes Centros ubicados en León.
 - d. Alta Voluntaria.
 - e. Exitus.
- 13) Accidentes de tráfico:
 - a. Distribución anual de los accidentes de tráfico.
 - b. Distribución mensual de los accidentes de tráfico.
- 14) Accidentes laborales:
 - a. Distribución anual de los accidentes laborales.
 - b. Distribución mensual de los accidentes laborales.
- 15) Número de consultas urgentes: número total de consultas de asistencia sanitaria realizadas en un periodo de tiempo determinado.
- 16) Frecuentación relativa anual de urgencias: mide la cantidad de asistencias urgentes realizadas en relación con la población bajo cobertura del Centro Hospitalario y se obtiene tras la fórmula (nº de consultas urgentes en un periodo determinado / población censada) x 100000 ¹²³.
- 17) Frecuentación relativa diaria de urgencias: mide el número de pacientes que consultan cada día en un SUH en relación a la población cubierta por dicho servicio, se obtiene con la fórmula (nº de pacientes atendidos en un periodo de tiempo dividido por el número de días del periodo / nº de habitantes censados) x 1000 ¹²³.
- 18) Presión de Urgencias: mide la relación entre ingresos urgentes y el total de ingresos hospitalarios. Se obtiene tras la aplicación de la fórmula (nº de ingresos urgentes / total de ingresos) x 100 ^{123, 124}.
- 19) Proporción de ingresos: número de pacientes que requiere ingreso hospitalario del total de urgencias atendidas. Se calcula mediante la fórmula (nº de pacientes ingresados con carácter urgente por el SUH / total de urgencias atendidas en un periodo definido) x 100 ^{123, 125}.

- 20) Proporción de ingresos por servicios: $(n^{\circ} \text{ de pacientes que requiere ingreso en un servicio determinado} / \text{total de ingresos desde urgencias}) \times 100$.
- 21) Tasa de mortalidad: mide la proporción de pacientes que fallecen en el SUH habiendo accedido con vida al mismo. Incluye a todos los fallecidos por cualquier causa durante su permanencia en el SUH y sus dependencias (incluyendo los desplazamientos a salas para pruebas diagnósticas y durante los traslados internos). La fórmula utilizada es: $(n^{\circ} \text{ de pacientes fallecidos en el SUH durante un periodo de tiempo definido} / n^{\circ} \text{ total de pacientes atendidos en el SUH en el mismo periodo de tiempo}) \times 100$.
- 22) Indicadores asistenciales establecidos por ACEP ¹⁰¹:
- Pico mensual de Carga de Trabajo (PMCT): representa el número máximo de pacientes que se asisten mensualmente en el SUH. Se considera que es el 10% de las visitas totales al SUH durante el periodo de un año.
 - Media Diaria del Pico Mensual de Carga de Trabajo (MDPMCT): es el número medio de pacientes que se atienden en el mes de máxima demanda asistencial. Se calcula el PMCT entre 30'5 días.
 - Pico Diario de Carga de Trabajo (PDCT): es la suma de la MDPMCT y el valor resultante de multiplicar 2'33 por la raíz cuadrada de la MDPMCT. Esta fórmula corresponde a la de la distribución de Poisson con una confianza del 99'9%.
 - Pico de Carga de Trabajo por Turno (pdct): es el número máximo de pacientes que se estima se asisten en un solo turno de 8 horas. Corresponde al 50% del PDCT.
 - Cálculo del número de médicos totales necesarios: es el número de médicos mínimo a tiempo completo necesarios para realizar una cobertura de la actividad asistencial completa, según los estándares de la SEMES ^{126, 127}.

7. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

El procesamiento inicial de los datos se hizo con el programa EXCEL 07 de Microsoft, siendo transferidos posteriormente al paquete estadístico SPSS. Asimismo, se desarrollaron las tablas y gráficos pertinentes para poder dar explicación a los resultados obtenidos.

Se llevó a cabo un análisis estadístico descriptivo (Análisis Univariante) para cada una de las variables estudiadas, centrándonos en la distribución de frecuencias para las variables cualitativas y en medidas de tendencia central (medias o medianas) con medidas de dispersión (desviación estándar) para las variables cuantitativas.

Posteriormente se ha realizado un estudio de asociación entre variables (Análisis bivariante y multivariante), con el fin de poder analizar la posible asociación existente entre las variables incluidas en el estudio. Para ello, se han utilizado el test de la Chi-cuadrado para la comparación de proporciones, considerando estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.

Para el análisis de la variación a lo largo de los años de las variables estudiadas se ha empleado un análisis de regresión lineal simple, considerando en este caso un valor de $p < 0,01$ como estadísticamente significativo y teniendo en cuenta el valor de R^2 para explicar el aumento o descenso en el valor de la variable en el tiempo.

Para no sobrecargar de datos los resultados, muchas de las tablas de obtenidas en el análisis descriptivo se presentan al final de estudio en forma de Anexo.

IV. RESULTADOS

1. ANÁLISIS POBLACIONAL.

DISTRIBUCIÓN POR SEXO.

Como se observa en la FIGURA 12, no se objetiva diferencia significativa a lo largo de los años estudiados (ANEXO XII. TABLA DE DATOS N° 1), de modo que la media de los varones que solicitaron asistencia sanitaria en el SUH se establece en torno a un 49'16% y en el caso de las mujeres en un 50'84 %.

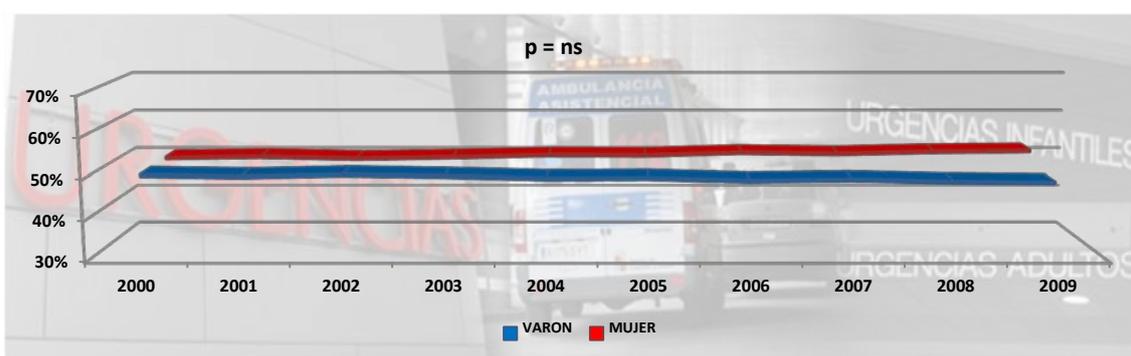


Figura 12. Distribución por sexo.

DISTRIBUCIÓN POR EDAD.

La distribución etaria de los 10 años valorados (ANEXO XII. TABLA DE DATOS N° 2) es bastante homogénea si establecemos una comparación entre dichos años. Por otro lado, si agrupamos los pacientes por rangos de edad observamos que los grupos etarios más frecuentadores independientemente del año estudiado son los siguientes (FIGURA 13):

- Pacientes entre 1-5 años: Con una media de un 7'7% respecto al resto de grupos.
- Rango de edad entre los 20-40 años. Con una media de un 24'52%.
- Y especialmente el tramo de edad de aquellos pacientes mayores de 60 años, con una media del 36'15%.

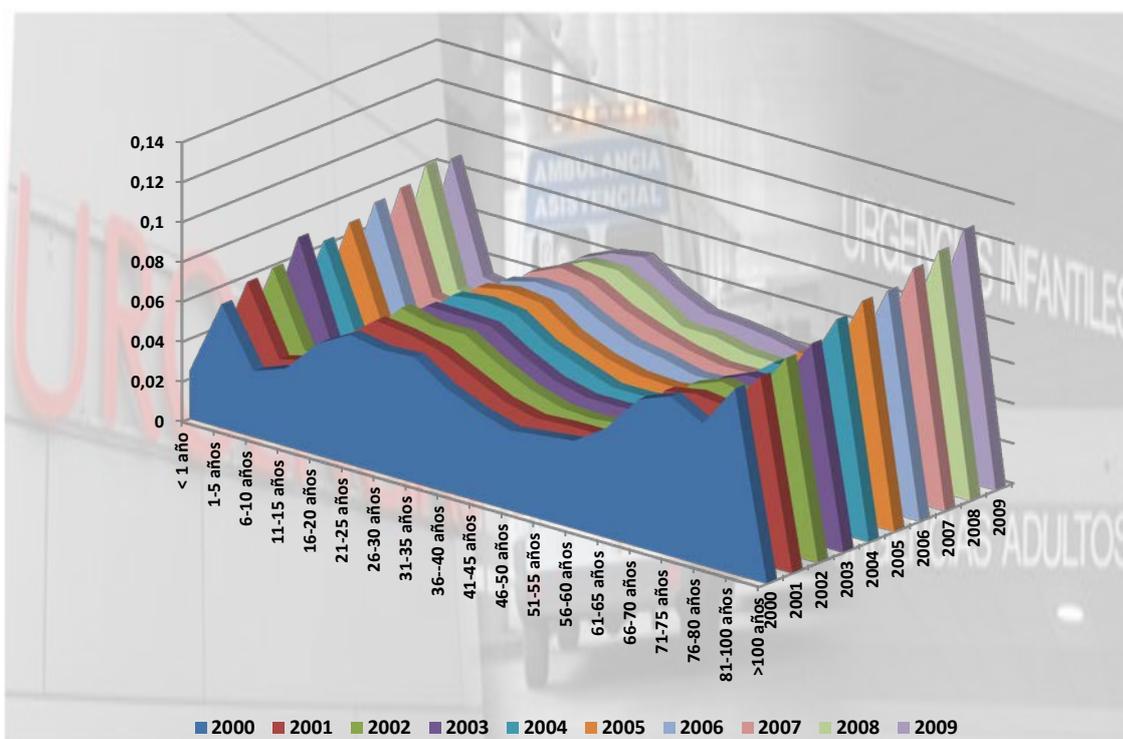


Figura 13. Distribución por edad.

DISTRIBUCIÓN POR EDAD Y SEXO

La distribución por edad y sexo se expone en la FIGURA 14 y FIGURA 15, donde observamos que los varones superan en número de urgencias al sexo femenino en la edad infantil (principalmente en edades comprendidas entre los 1-5 años), y sin embargo, las mujeres generan más atenciones en Urgencias cuando se encuentran en rangos etarios entre los 26 a 35 años y a partir de los 76 años. (ANEXO XII. TABLAS DE DATOS Nº3 Y Nº4).

Asimismo se observa un discreto aumento a lo largo de la década estudiada, en las edades extremas, manteniéndose homogéneos el resto de grupos de edad. Sin embargo, estas diferencias no alcanzan significación estadística.

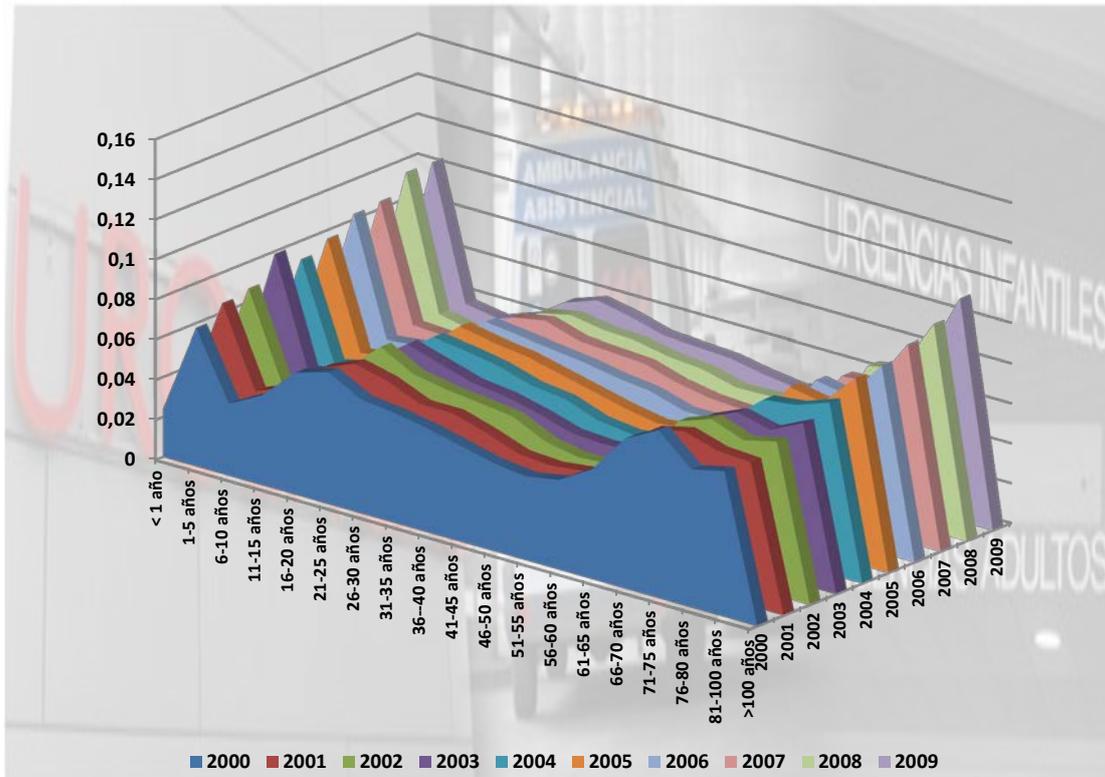


Figura 14. Distribución por edad del sexo masculino.

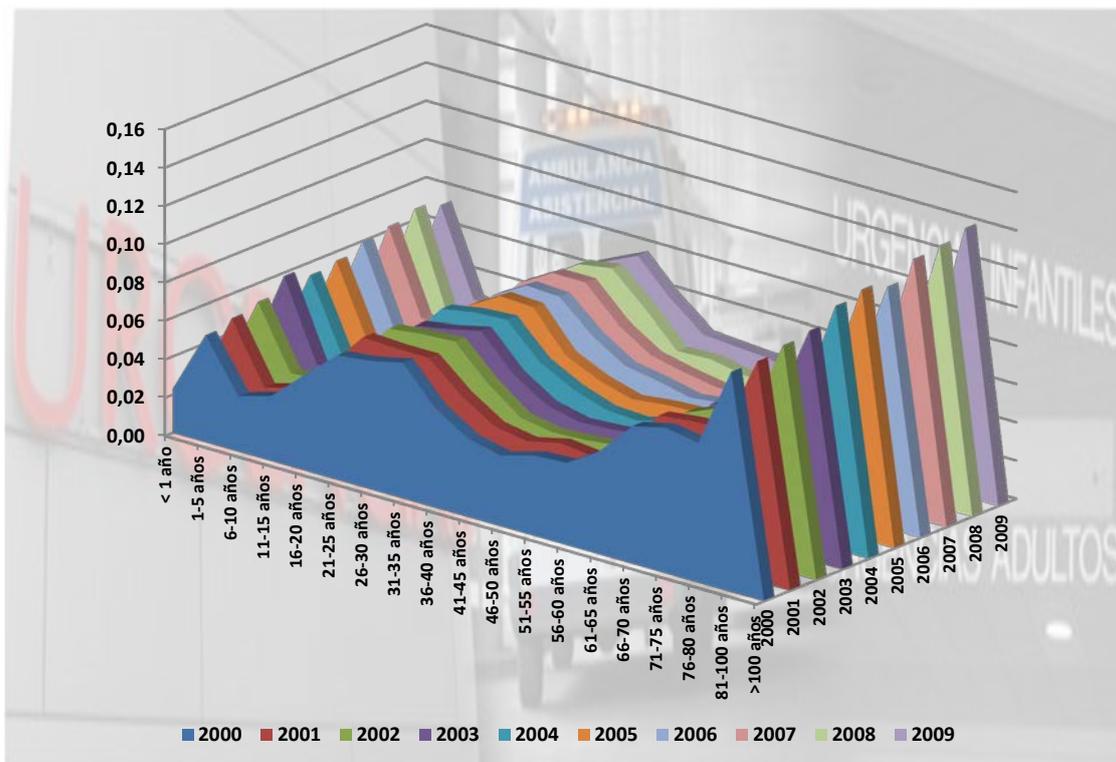


Figura 15. Distribución por edad del sexo femenino.

2. ANÁLISIS DE LA FRECUENTACIÓN.

DISTRIBUCIÓN GENERAL ANUAL DE LA DEMANDA

La demanda asistencial del SUH analizada de forma global en los últimos diez años refleja un aumento anual progresivo del número de urgencias atendidas (con un crecimiento medio interanual de un 3'05%), observándose una estabilización en los últimos tres años.

La FIGURA 16 representa la evolución de la actividad asistencial mencionada, donde se objetiva una curva ascendente con una fase de meseta que se establece en los años 2007, 2008 y 2009. Este incremento muestra significación estadística en el análisis de regresión lineal.

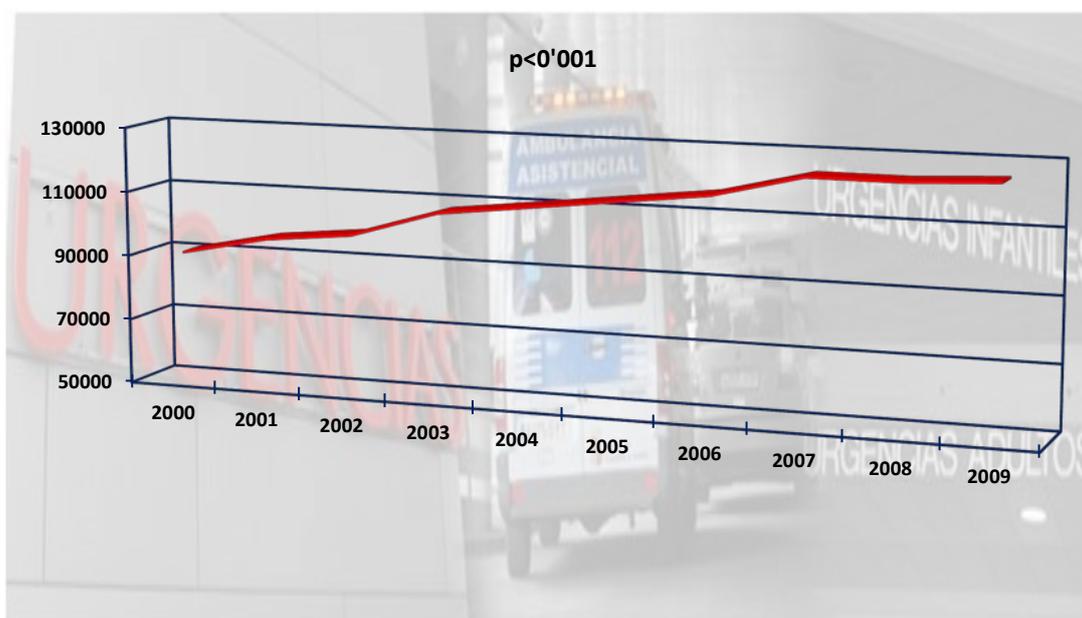


Figura 16. Distribución general anual de la demanda.

DISTRIBUCIÓN ANUAL DE LA DEMANDA POR ÁREAS ASISTENCIALES

En el siguiente gráfico (FIGURA 17) se representa la evolución de la demanda asistencial de las diferentes áreas asistenciales del SUH en el período estudiado, lo que nos permite objetivar que la solicitud de atención sanitaria aumentó progresivamente a lo largo de los años por el incremento de la demanda especialmente en las áreas de traumatología, pediatría y oftalmología. Sin embargo, en los últimos tres años del estudio, en los que se observaba una fase de estabilización de la frecuentación cuando se representaba de forma

general, objetivamos que ésta está en relación con un descenso importante en la demanda asistencial del área de generales, manteniéndose el incremento en el resto de las áreas de asistencia del SUH. (ANEXO XII. TABLA DE DATOS Nº 5).

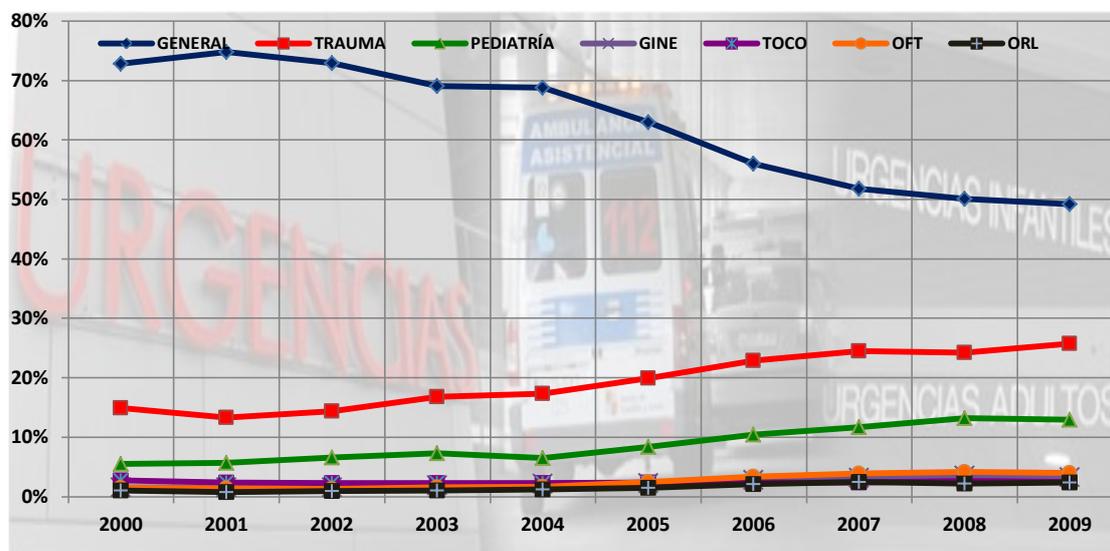


Figura 17. Distribución anual de la demanda por áreas asistenciales.

Del mismo modo, se realizó el análisis de la distribución mensual de la demanda por áreas asistenciales y su evolución a lo largo del periodo estudiado. Es decir, se llevó a cabo el estudio de la evolución de la frecuentación de cada uno de los meses del año y se estableció una comparativa de meses homólogos a lo largo de los diez años de estudio. De este análisis se obtienen 12 representaciones gráficas, todas ellas con morfología equivalente a la presentada en la figura 17, lo que supone que también en el estudio evolutivo mensual y a lo largo de los diez años de estudio la frecuentación de urgencias se incrementó en áreas como traumatología y pediatría, mientras que se objetiva cierto descenso en el área de generales, con fase de meseta en los últimos tres años.

Este crecimiento en la demanda en determinadas áreas asistenciales muestra una significación estadística en el análisis de regresión lineal tal y como se expresa a continuación.

En la FIGURA 18 se aprecia el descenso lineal de la demanda en el área de urgencias generales, mientras que en las figuras siguientes, que representan las áreas de Oftalmología, Pediatría, Traumatología, Ginecología y ORL, se observa el ascenso significativo y lineal de la demanda. (FIGURA 19, FIGURA 20, FIGURA 21, FIGURA 22 y FIGURA 23)

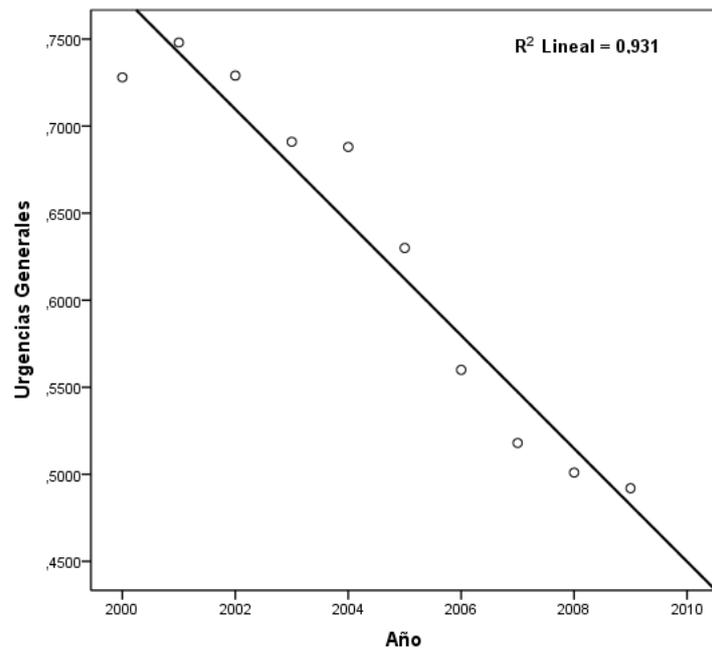


Figura 18. Análisis de regresión lineal en el área de Urgencias Generales.

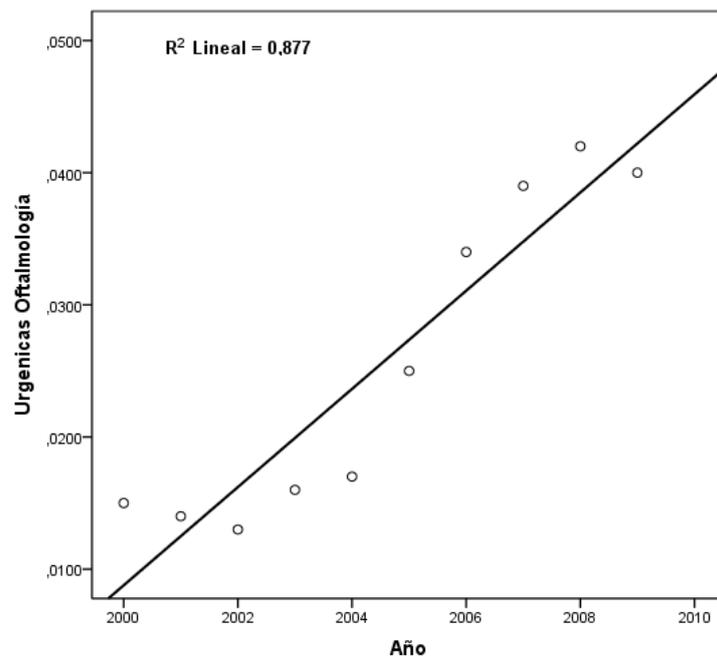


Figura 19. Análisis de regresión lineal en el área de Oftalmología.

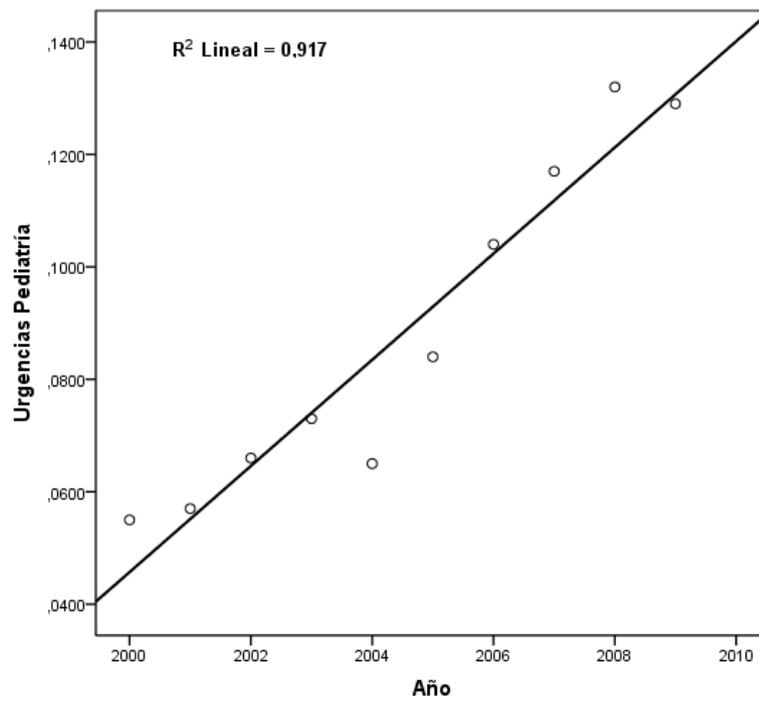


Figura 20. Análisis de regresión lineal en el área de Pediatría.

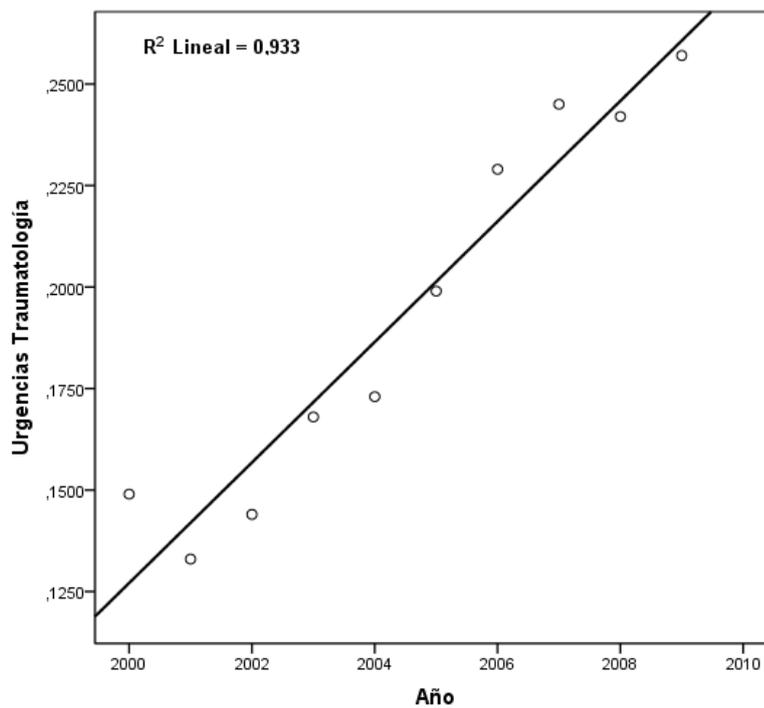


Figura 21. Análisis de regresión lineal en el área de Traumatología.

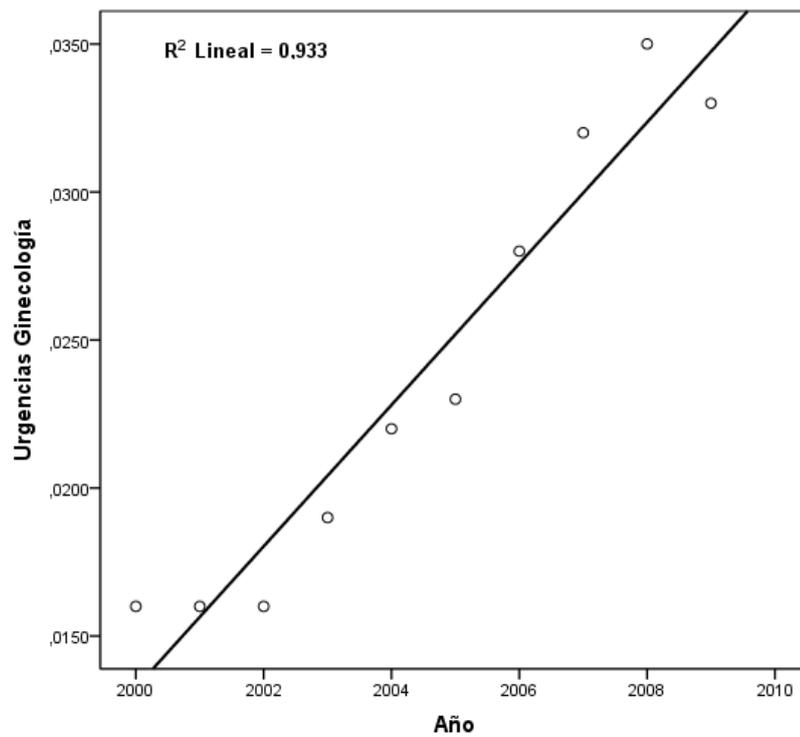


Figura 22. Análisis de regresión lineal en el área de Ginecología.

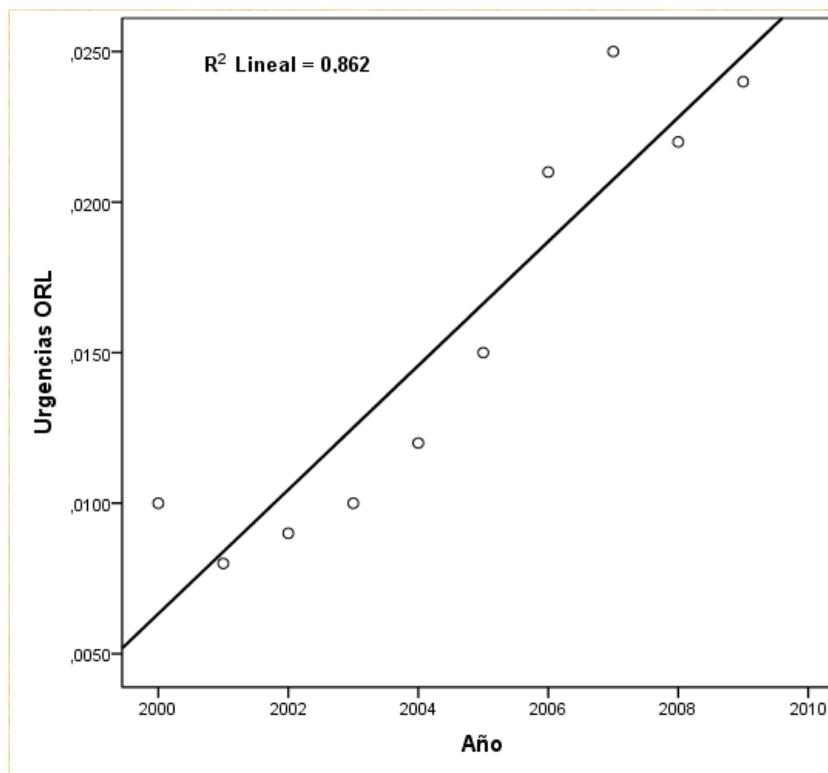


Figura 23. Análisis de regresión lineal en el área de ORL.

El único área que no presentó variaciones significativas en la demanda asistencial durante el periodo de estudio fue el área de Tocología. FIGURA 24.

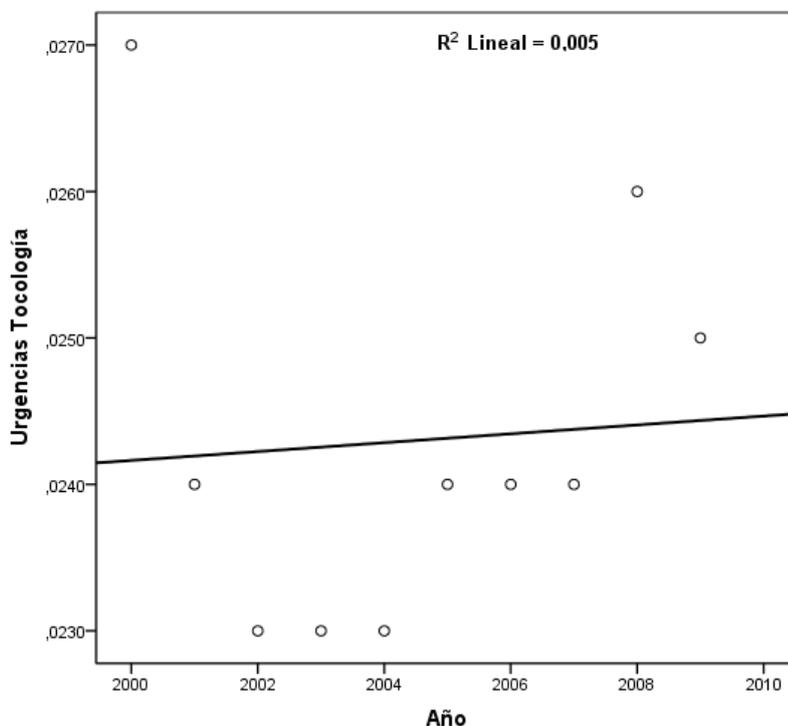


Figura 24. Análisis de regresión lineal en el área de Tocología.

DISTRIBUCIÓN GENERAL HORARIA DE LA DEMANDA

En la FIGURA 25 se representa la distribución horaria de la demanda, independientemente del área asistencial, y se objetiva la práctica ausencia de diferencias a lo largo de los años en la solicitud de asistencia sanitaria. (ANEXO XII: TABLA DE DATOS Nº 6).

La frecuentación se caracterizó por la presencia de tres “Picos de demanda asistencial” fundamentales:

- El “primer pico” empieza a ascender a partir de las 9:00 horas situándose la máxima afluencia de demandas entre las 11:00 y las 13:00 horas y luego desciende hasta las 14:00 horas.
- El “segundo pico” comienza entre las 14:00 y 15:00, y desciende entre las 17:00 y 18:00 horas. La máxima afluencia de demandas se encuentra entre las 16:00 y las 17:00 horas.

- El “tercer pico”, más ancho y bajo que los anteriores, se inicia entre las 19:00 y 20:00 horas hasta las 21:00 y 22:00 horas. Seguidamente empieza a descender paulatinamente hasta las 2:00 y 3:00 horas, manteniéndose hasta las 8:00 horas donde empieza a ascender y repetir el ciclo diario.

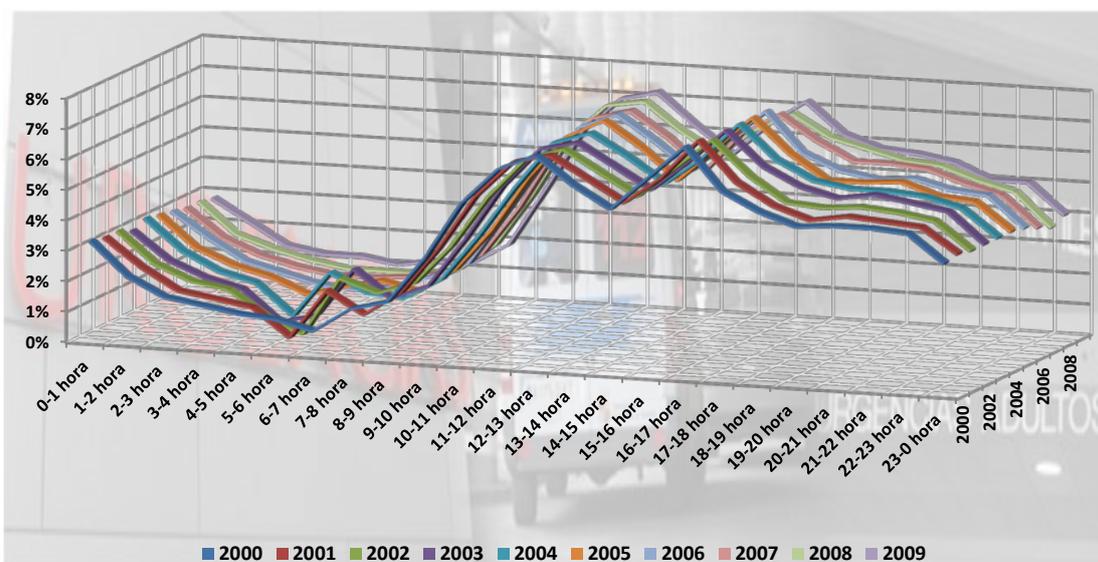


Figura 25. Distribución general horaria de la demanda.

DISTRIBUCIÓN HORARIA DE LA DEMANDA POR ÁREAS ASISTENCIALES

Si observamos la distribución horaria según el área asistencial, no se objetivan grandes diferencias a lo largo del periodo estudiado. Sin embargo, se observan “Picos de demanda asistencial” equivalentes a los analizados en la distribución horaria de la demanda de forma global, en el área de Generales, Traumatología, Ginecología, Oftalmología y Otorrinolaringología, mientras que en el área de Pediatría se observa un pico asistencial en torno a las 23:00 horas y en Tocología hacia las 5:00 y 6:00 horas. (ANEXO XII: TABLAS DE DATOS Nº 7, Nº 8, Nº 9, Nº 10, Nº 11, Nº 12 Y Nº 13).

Como se muestra a continuación, la mayoría de los pacientes valorados en el área de Generales se concentran en las franjas horarias mencionadas con anterioridad, concretamente aquellas que se corresponden con los picos horarios establecidos entre las 11:00-13:00 horas y 16:00-17:00 horas. (FIGURA 26).

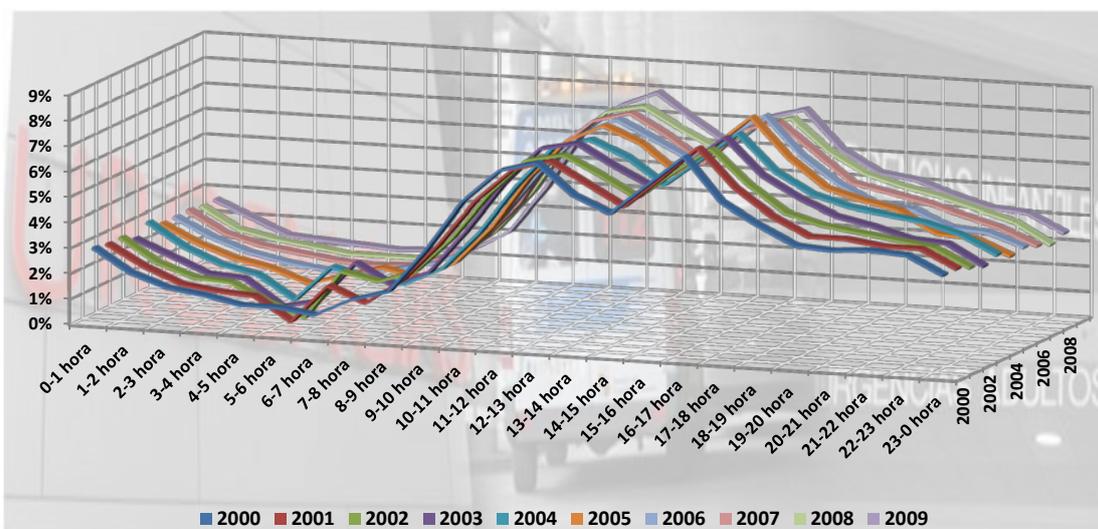


Figura 26. Distribución horaria de la demanda en el área de generales.

En el área de Traumatología la solicitud de demanda asistencial es similar a la descrita para el área de Generales, objetivándose sin embargo, un tercer pico horario más llamativo entre las 20:00-22:00 horas. (FIGURA 27).

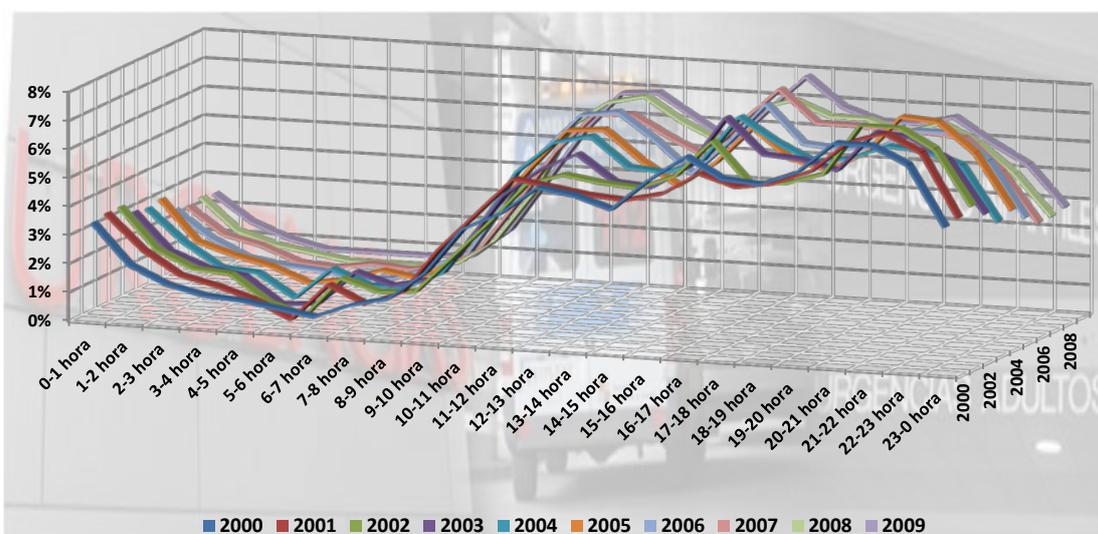


Figura 27. Distribución horaria de la demanda en el área de traumatología.

Mencionar que en el área de Pediatría se evidencia una mayor demanda asistencial a partir de las 15:00 horas, con un pico horario entre las 22:00-23:00 horas. (FIGURA 28).

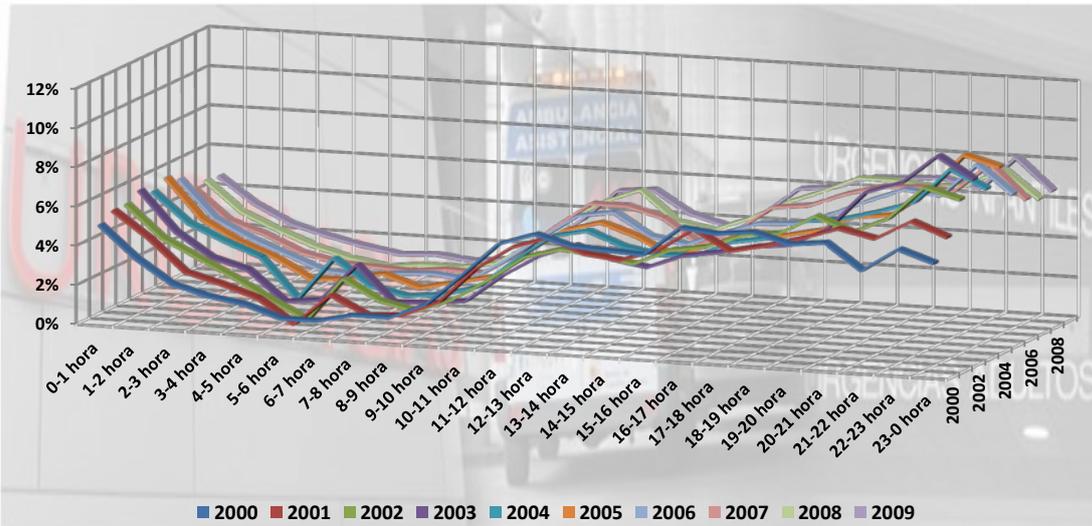


Figura 28. Distribución horaria de la demanda en el área de pediatría.

Aunque la demanda asistencial en el área de Ginecología es más variable, se mantiene la solicitud de atención sanitaria en durante el día y con picos horarios equivalentes a los descritos anteriormente para el área de Generales. (FIGURA 29).

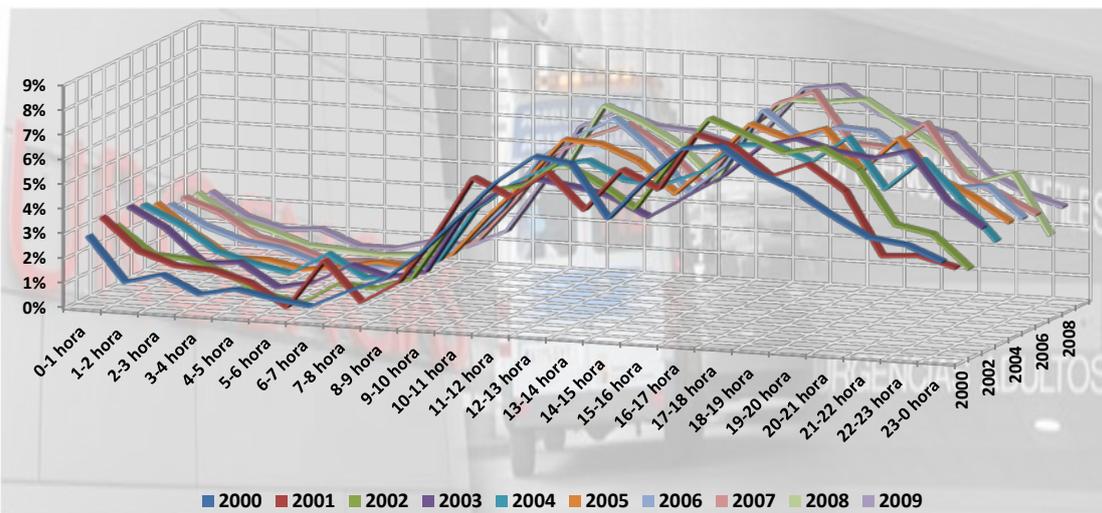


Figura 29. Distribución horaria de la demanda en el área de ginecología.

A diferencia del resto de las áreas del Servicio de Urgencias, en el área de Tocología no se objetivan diferencias horarias en cuanto a la solicitud de asistencia sanitaria. (FIGURA 30).

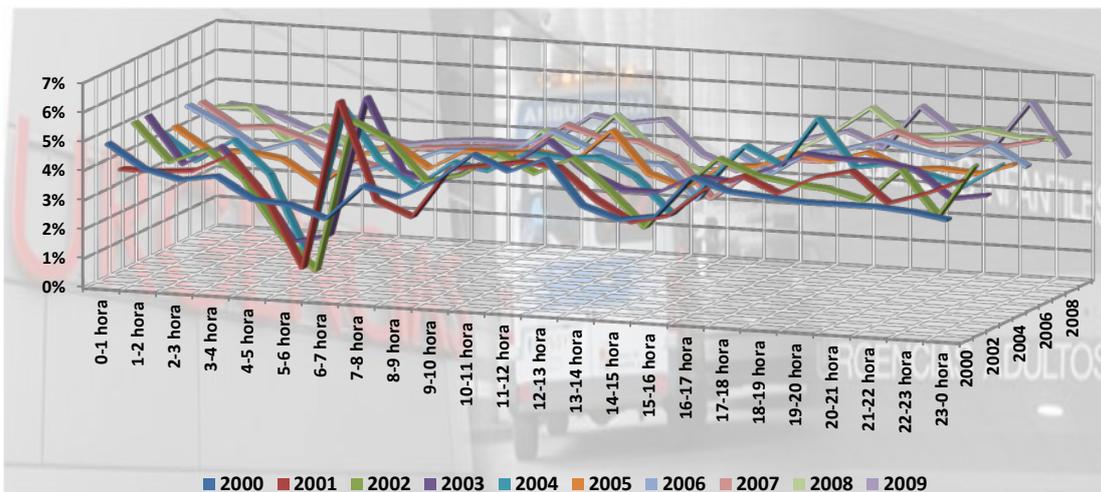


Figura 30. Distribución horaria de la demanda en el área de tocología.

El área de Oftalmología se caracteriza por predominar la solicitud de demanda asistencial en la franja horaria que se establece entre las 10:00-14:00 horas. (FIGURA 31).

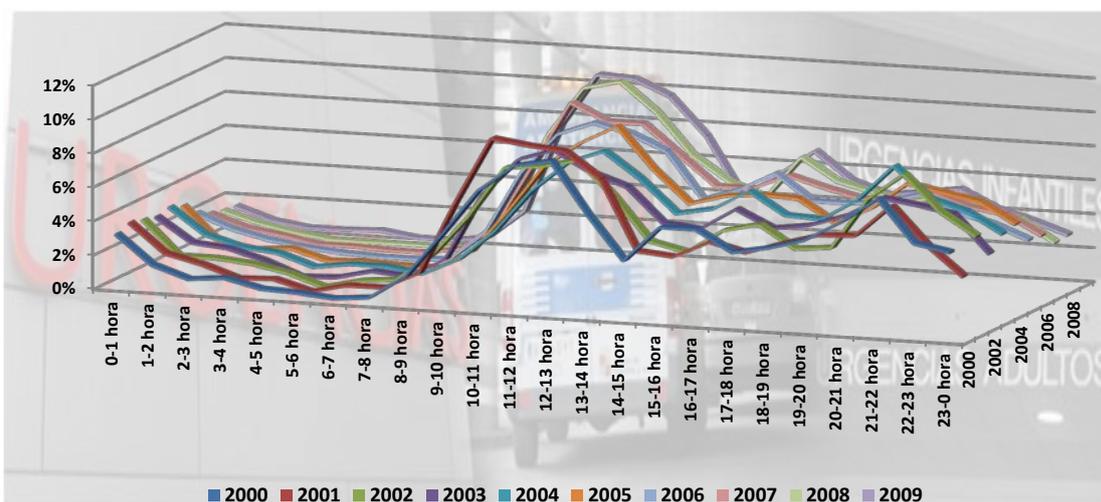


Figura 31. Distribución horaria de la demanda en el área de oftalmología.

Finalmente, el área de ORL muestra un comportamiento similar al mostrado para Generales o Traumatología, con la presencia de un pico horario matutino, un segundo pico situado a primera hora de la tarde, y un tercer pico al finalizar el día. (FIGURA 32).

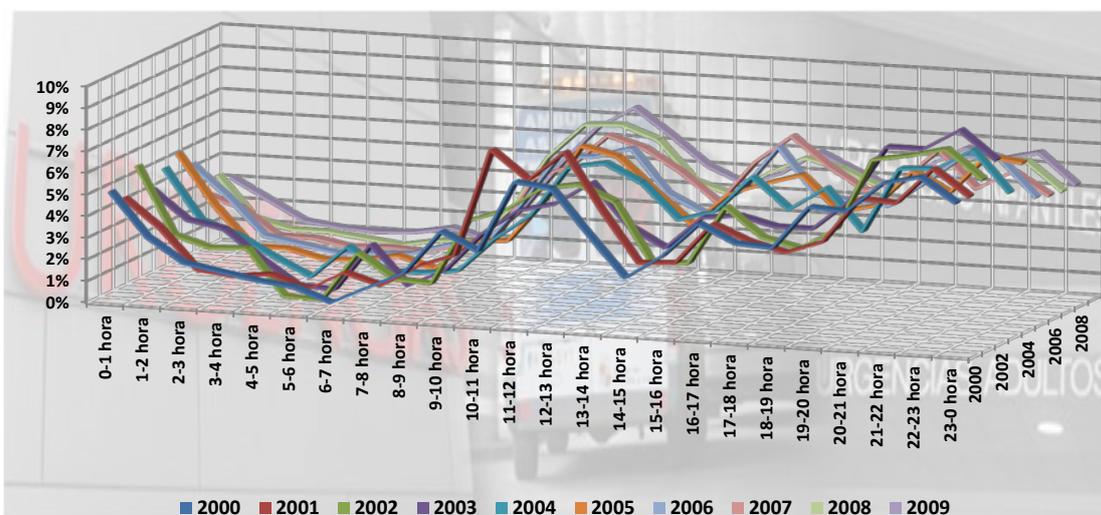


Figura 32. Distribución horaria de la demanda en el área de otorrinolaringología.

DISTRIBUCIÓN GENERAL DE LA DEMANDA EN FUNCIÓN DE LOS TURNOS LABORALES

A continuación se muestra la solicitud de demanda asistencial a lo largo del periodo estudiado y en función de los turnos de trabajo. Estos turnos laborales se han establecido teniendo en cuenta las siguientes franjas horarias:

- ✚ El turno de mañana se establece desde las 8:00 a las 15:00 horas.
- ✚ El turno de tarde incluye desde las 15:00 a las 22:00 horas.
- ✚ El turno de noche abarca desde las 22:00 hasta las 8:00 horas de la mañana del día siguiente.

Cuando evaluamos el total de las urgencias atendidas objetivamos que la mayor frecuentación tiene lugar por las tardes, seguido de las mañanas y en menor proporción por las noches. (ANEXO XII. TABLA DE DATOS Nº 14).

A continuación se muestra como la solicitud de demanda asistencial predomina en horario matutino seguido del horario de tarde (FIGURA 33). Se aprecia como esta distribución de la demanda permanece estable a lo largo del periodo estudiado.

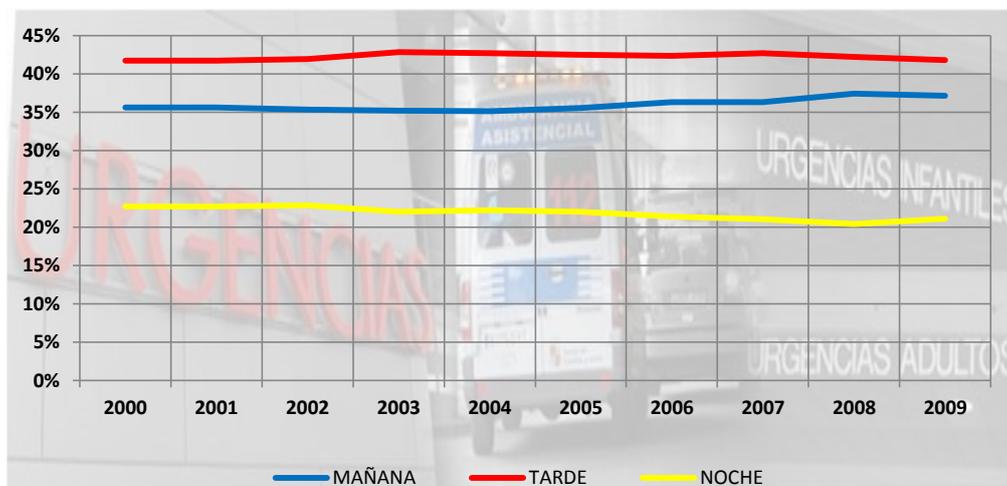


Figura 33. Distribución general de la demanda en función de los turnos laborales.

DISTRIBUCIÓN SEGÚN LAS ÁREAS ASISTENCIALES Y EN FUNCIÓN DE LOS TURNOS LABORALES

Cuando realizamos el análisis por turnos laborales valorando cada área asistencial, se objetiva que predomina la solicitud de demanda asistencial en horario de tarde seguido en orden de frecuencia del horario matutino y finalmente el nocturno, salvo en el área de Tocología donde predomina el horario nocturno seguido del vespertino, y en cambio en el área de Pediatría predomina el horario de tarde seguido de la noche sobre el de mañana.(ANEXO XII. TABLA DE DATOS Nº 15).

En el área de generales se objetiva un ligero predominio de frecuentación en el horario de tarde respecto al de mañana. (FIGURA 34).

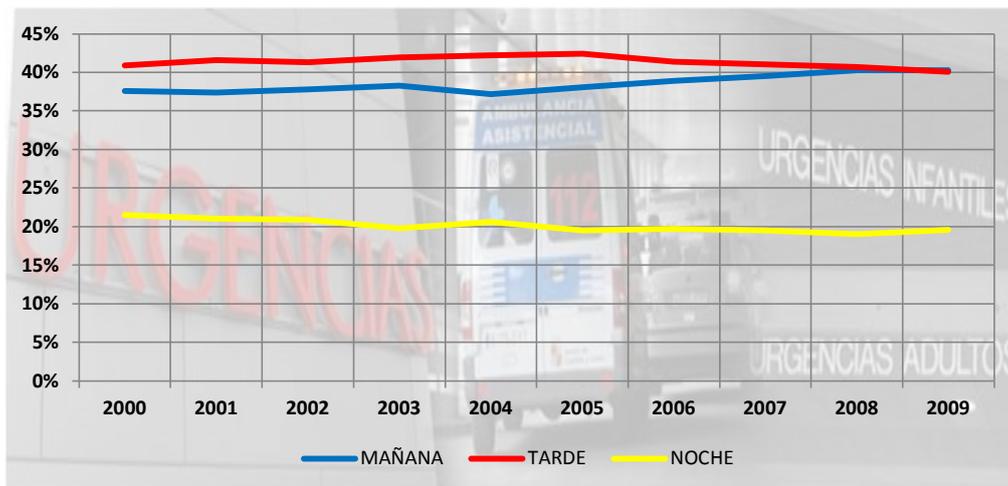


Figura 34. Distribución en función de los turnos laborales en el área de Generales.

Respecto al área de Traumatología es más evidente la mayor frecuentación en horario de tarde, persistiendo el horario de mañana en segundo lugar respecto a solicitud de atención sanitaria. (FIGURA 35).

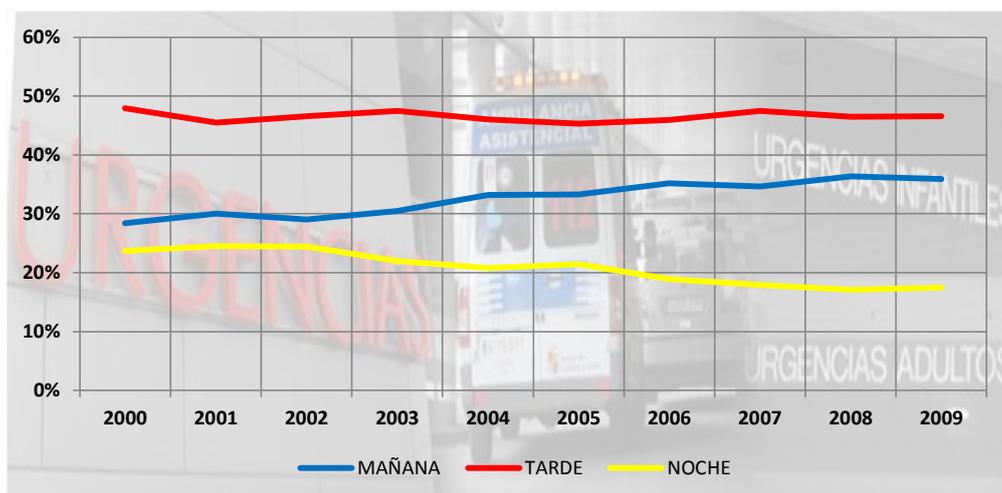


Figura 35. Distribución en función de los turnos laborales en el área de Traumatología.

En el área de Pediatría se objetiva un predominio de solicitud de atención sanitaria en horario de tarde seguido de horario de noche, siendo las mañanas los horarios con menor actividad asistencial. (FIGURA 36).

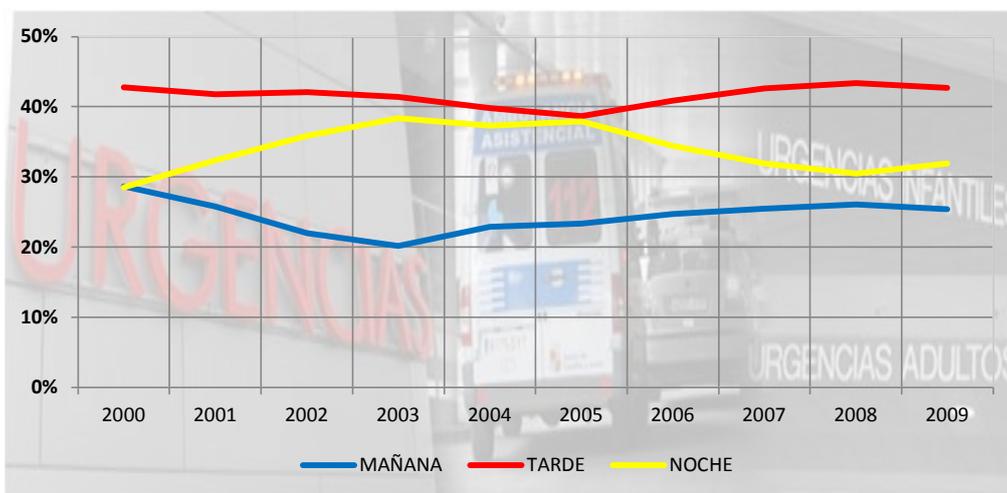


Figura 36. Distribución en función de los turnos laborales en el área de Pediatría.

A continuación se observa el predominio de frecuentación en el horario de tarde seguido del de mañana en el área de Ginecología. (FIGURA 37).

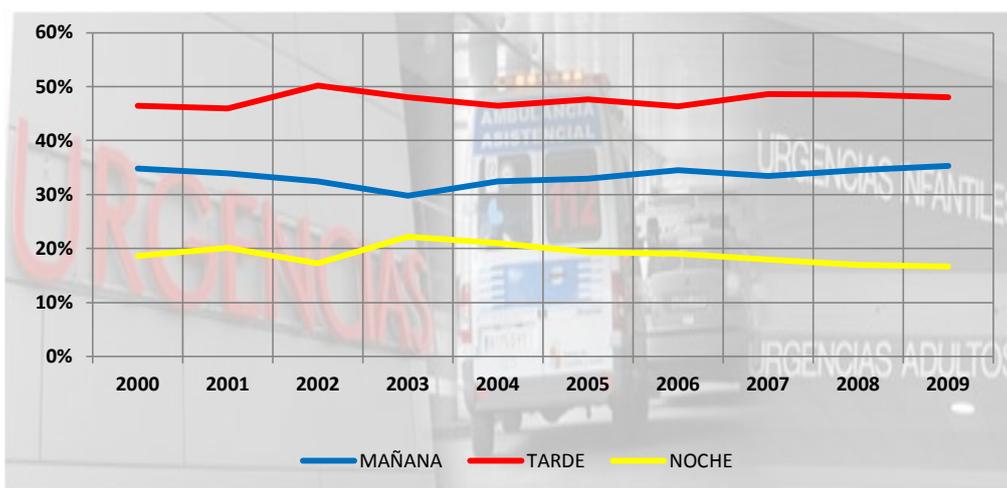


Figura 37. Distribución en función de los turnos laborales en el área de Ginecología.

A diferencia del resto de áreas, la de Tocología es la única donde predomina claramente la solicitud de atención sanitaria en horario nocturno. (FIGURA 38).

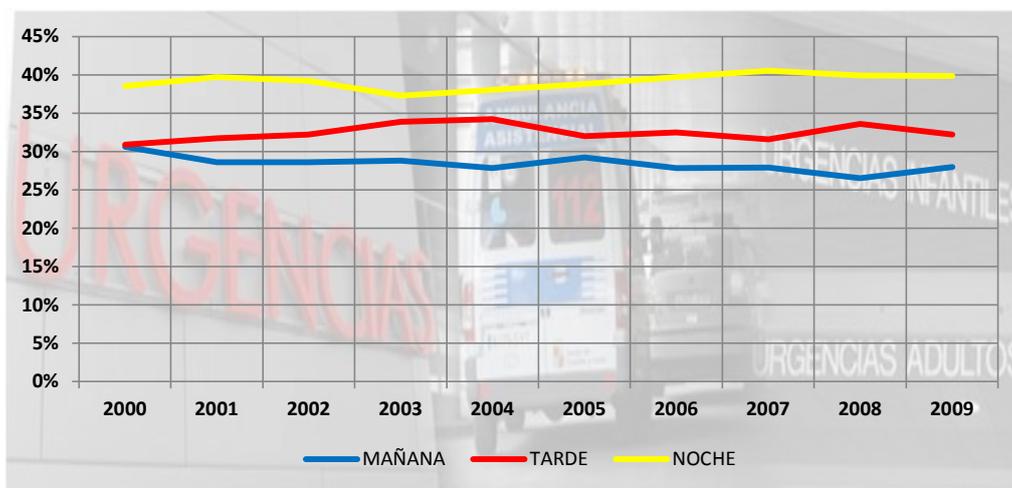


Figura 38. Distribución en función de los turnos laborales en el área de Tocología.

Otro área que muestra diferencias con el resto es la de Oftalmología, donde se objetiva mayor frecuentación en horario de mañana. (FIGURA 39).

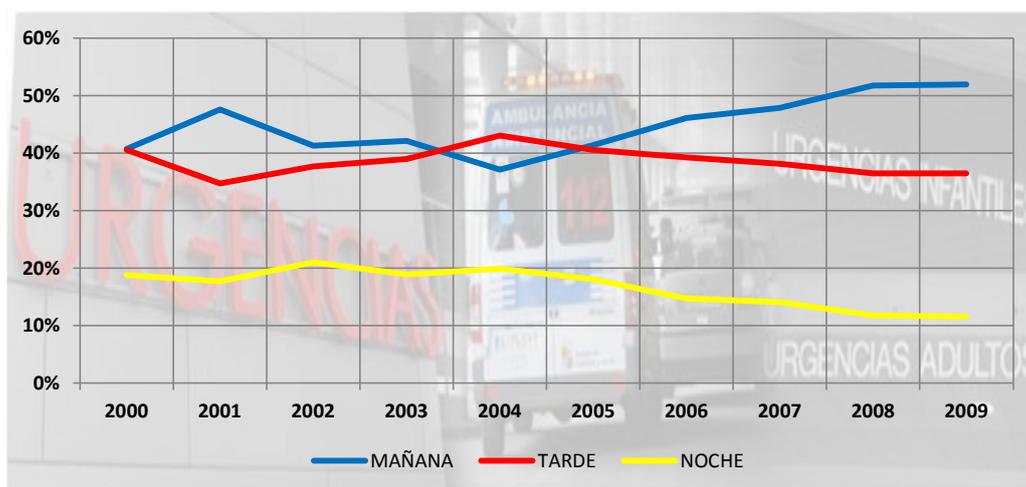


Figura 39. Distribución en función de los turnos laborales en el área de Oftalmología.

Finalmente, el área de ORL tiene un comportamiento similar a la mayoría, en el sentido que la solicitud de atención sanitaria predomina en horario de tarde. (FIGURA 40).

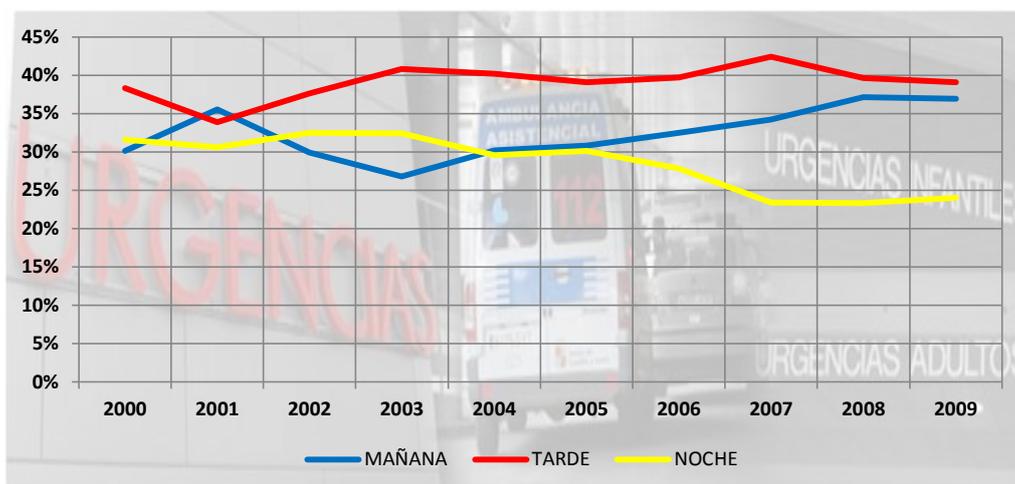


Figura 40. Distribución en función de los turnos laborales en el área de ORL.

En general se aprecia como permanece estable el comportamiento de la demanda asistencial por turnos en los 10 años del estudio y en las diferentes áreas asistenciales.

DISTRIBUCIÓN SEMANAL GENERAL DE LA DEMANDA

La demanda de la asistencia sanitaria urgente varía según el día de la semana. Aumenta claramente los lunes seguida de los viernes respecto a la media diaria, mientras que los demás días están por debajo de la media diaria semanal. (ANEXO XII. TABLA DE DATOS Nº 16)

A continuación se muestra como la frecuentación del SUH en base a los días de la semana no sufre cambios a lo largo del periodo estudiado. (FIGURA 41).

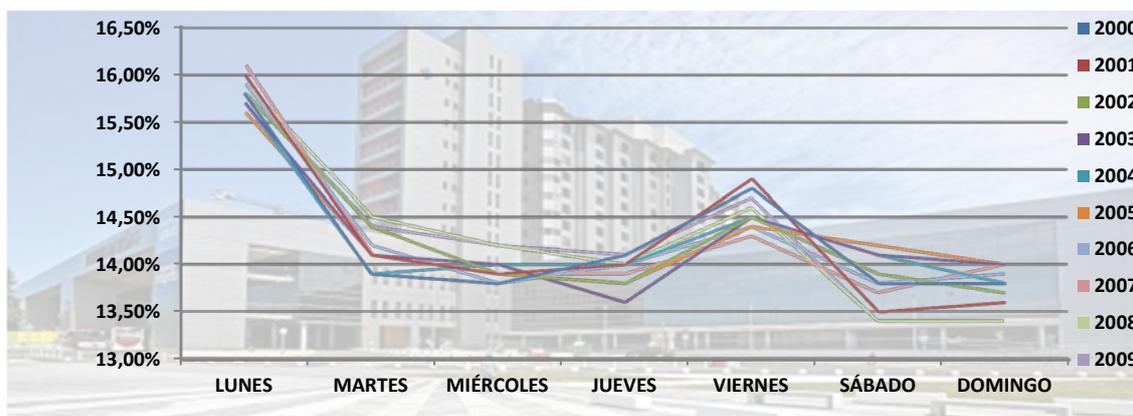


Figura 41. Distribución semanal general de la demanda.

DISTRIBUCIÓN SEMANAL DE LA DEMANDA POR ÁREAS ASISTENCIALES

Al analizar de forma independiente cada área asistencial se objetiva (ANEXO XII. TABLA DE DATOS N° 17) :

- En el área de Generales y Ginecología persiste el predominio visto cuando realizábamos el análisis valorando el total de las urgencias, es decir, predomina la solicitud de asistencia los Lunes y los Viernes, mientras que en los Sábados y Domingos la demanda asistencial alcanza los valores más bajos.
- En el área de Traumatología los valores más altos de solicitud de demanda asistencial tienen lugar los Lunes, Sábados y Domingos.
- En Pediatría los Sábados y Domingos son con diferencia los días de mayor afluencia.
- En las áreas de Tocología, Oftalmología y ORL la afluencia es variable, aunque predominan los lunes en cualquiera de ellas, seguido de los Jueves en Tocología, los Sábados en Oftalmología y variable en ORL.

En el área de Generales se objetiva un predominio de frecuentación los lunes, siendo los sábados y domingos los días de la semana con menor demanda asistencial. También se aprecia que esta tendencia semanal se mantiene a lo largo del periodo estudiado. (FIGURA 42).

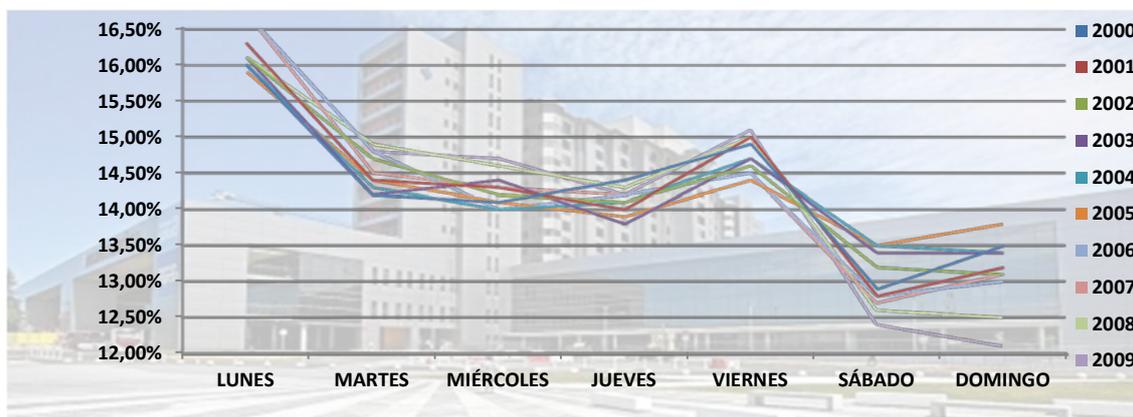


Figura 42. Distribución semanal de la demanda en el área de Generales.

El área de Traumatología muestra sin embargo un predominio de demanda asistencial los lunes y los sábados. (FIGURA 43).

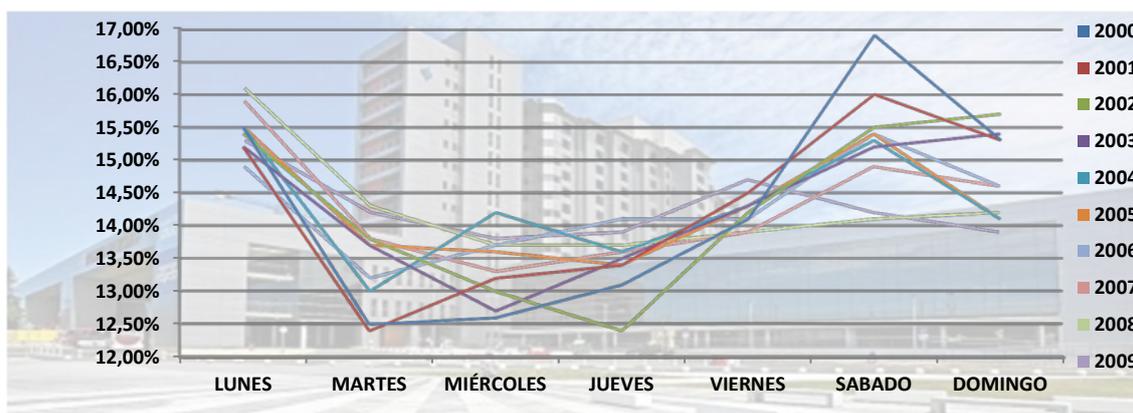


Figura 43. Distribución semanal de la demanda en el área de Traumatología.

A diferencia del resto de áreas asistenciales, el de Pediatría muestra una mayor frecuentación durante los sábados y domingos, manteniendo una menor presión durante el resto de la semana. (FIGURA 44).

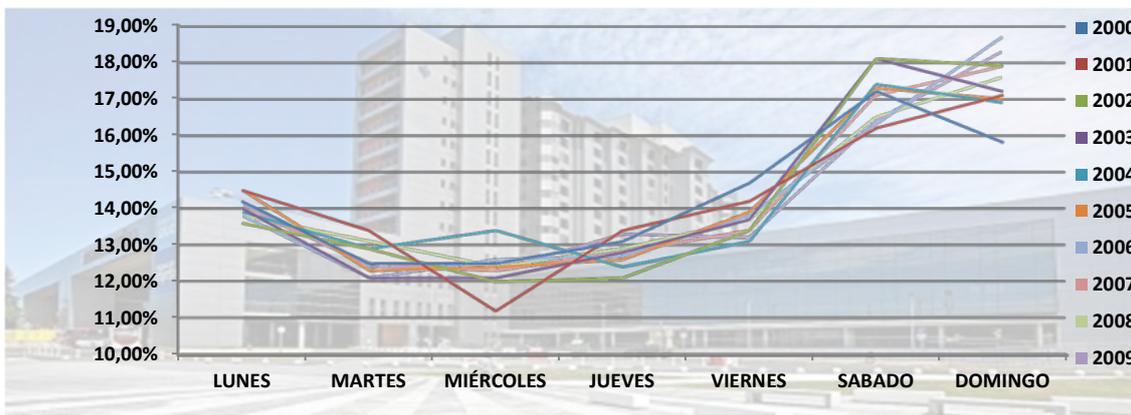


Figura 44. Distribución semanal de la demanda en el área de Pediatría.

En el área de Ginecología se observa un ligero predominio los lunes y viernes, aunque es una de las zonas del Servicio de Urgencias junto con Tocología con menor variabilidad en cuanto a solicitud de demanda asistencial a lo largo de la semana. (FIGURA 45).

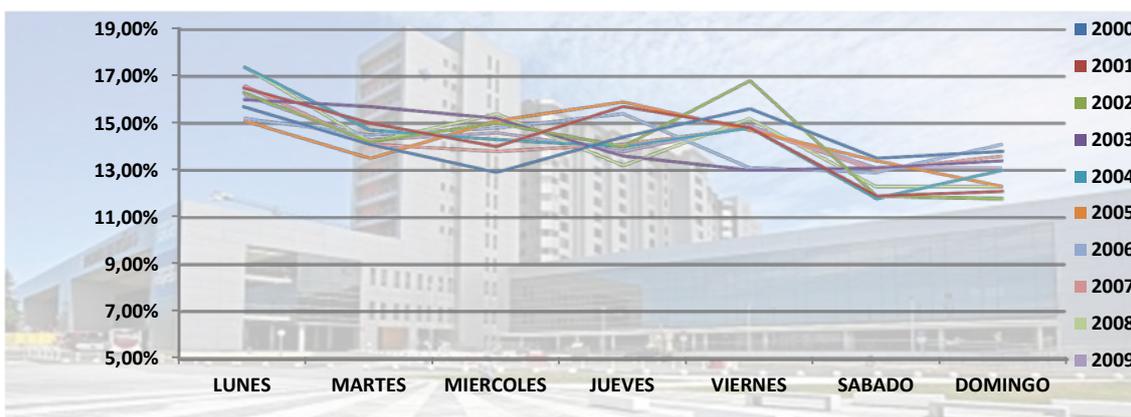


Figura 45. Distribución semanal de la demanda en el área de Ginecología.

Como se mencionó con anterioridad, el área de Tocología muestra poca variabilidad a lo largo de la semana, salvo un ligero descenso en la demanda asistencial los sábados aunque sin significación estadística. (FIGURA 46).

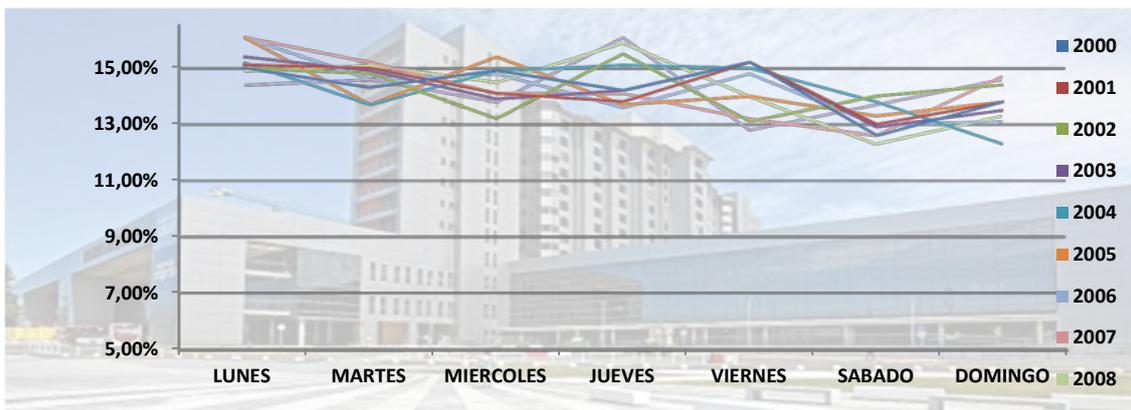


Figura 46. Distribución semanal de la demanda en el área de Tocología.

El área de Oftalmología muestra una menor frecuentación los domingos, situación que se hace patente a lo largo del periodo estudiado. (FIGURA 47).

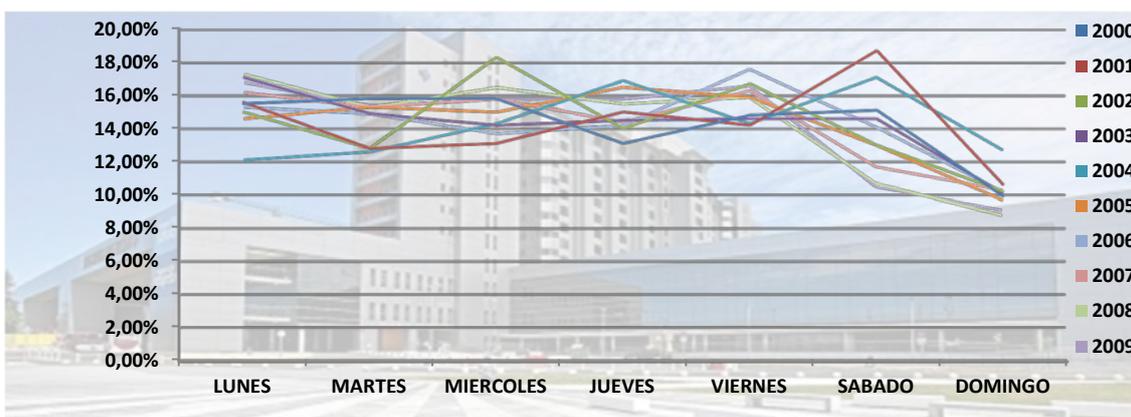


Figura 47. Distribución semanal de la demanda en el área de Oftalmología.

Finalmente, el área de ORL muestra escasa variabilidad en la demanda de atención sanitaria a lo largo de la semana. (FIGURA 48).

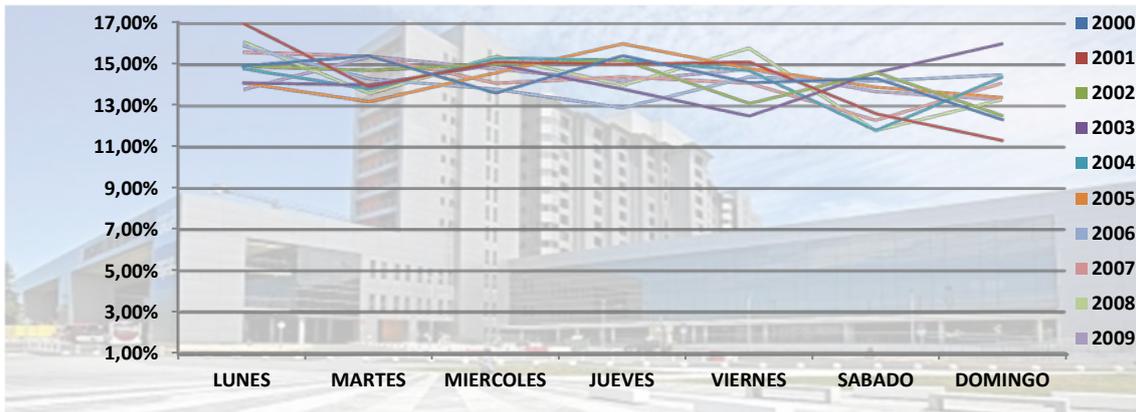


Figura 48. Distribución semanal de la demanda en el área de ORL.

DISTRIBUCIÓN MENSUAL GENERAL DE LA DEMANDA

Analizando las demandas mensuales, aunque carece de significación estadística, se observa que los meses de Julio y Agosto son los de mayor afluencia de consultas urgentes, mientras que los meses con menor demanda fueron Febrero y Septiembre, independientemente del año estudiado. (ANEXO XII. TABLA DE DATOS N° 18). (FIGURA 49).

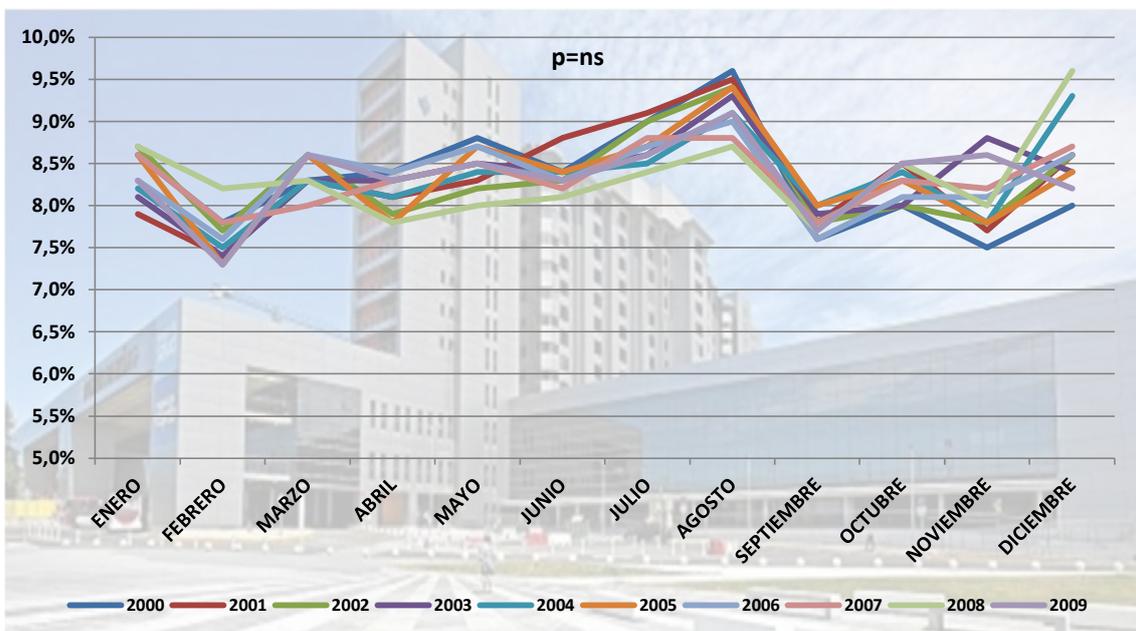


FIGURA 49. Distribución mensual general de la demanda.

DISTRIBUCIÓN MENSUAL DE LA DEMANDA POR ÁREAS ASISTENCIALES

En el análisis mensual en base a las diferentes áreas asistenciales se observa:(ANEXO XII. TABLA DE DATOS Nº 19)

- En el área de Generales los meses con mayor demanda son Diciembre, Enero y Agosto, mientras que la menor demanda se sitúa en Febrero y Septiembre.
- En Traumatología destaca la mayor solicitud de asistencia sanitaria durante los meses de Junio, Julio y Agosto.
- El área de Pediatría se caracteriza por una mayor afluencia durante Diciembre y Enero.
- Las áreas de Ginecología y Tocología siguen una distribución homogénea a lo largo del año, aunque cabe destacar una mayor afluencia en los meses de Mayo y Agosto en Obstetricia.
- En cuanto a Oftalmología y ORL cabe destacar una mayor solicitud de asistencia durante el mes de Agosto.

Al evaluar si estas variaciones mostraban una significación estadística, no se encontró un valor de $p < 0,05$ en ninguna de ellas.

En el área de Generales se objetiva mayor frecuentación en Diciembre y Enero (meses invernales) así como en Agosto (mes de mayor afluencia de turismo en la provincia. (FIGURA 50).

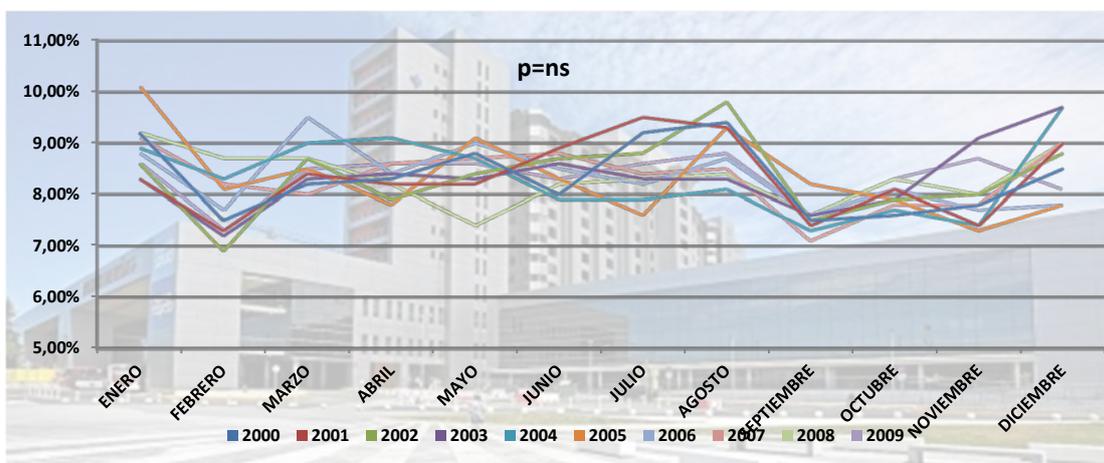


Figura 50. Distribución mensual de la demanda en el área de Generales.

El mes de Agosto constituye para el área de Traumatología el periodo de mayor afluencia, manteniéndose a lo largo de la década estudiada. (FIGURA 51).

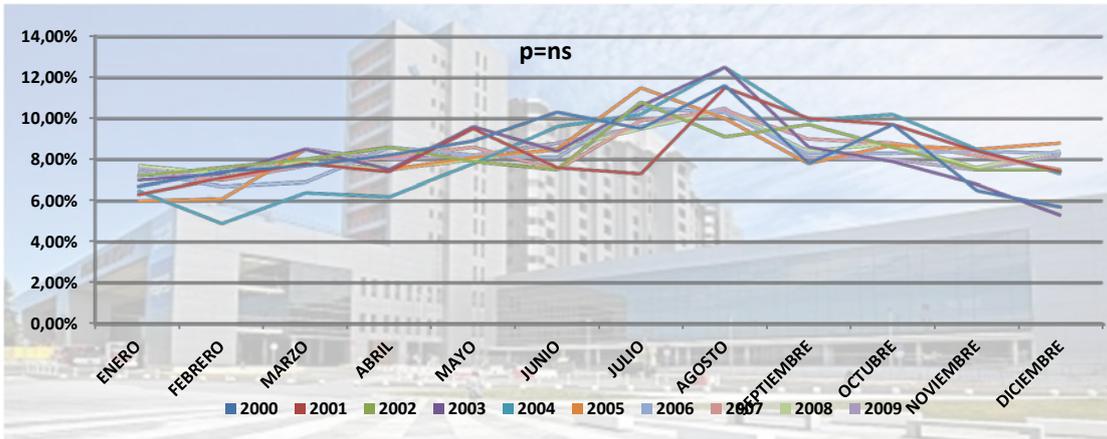


Figura 51. Distribución mensual de la demanda en el área de Traumatología.

El área de Pediatría se caracteriza por un discreto aumento de la demanda asistencial durante los meses invernales. (FIGURA 52).

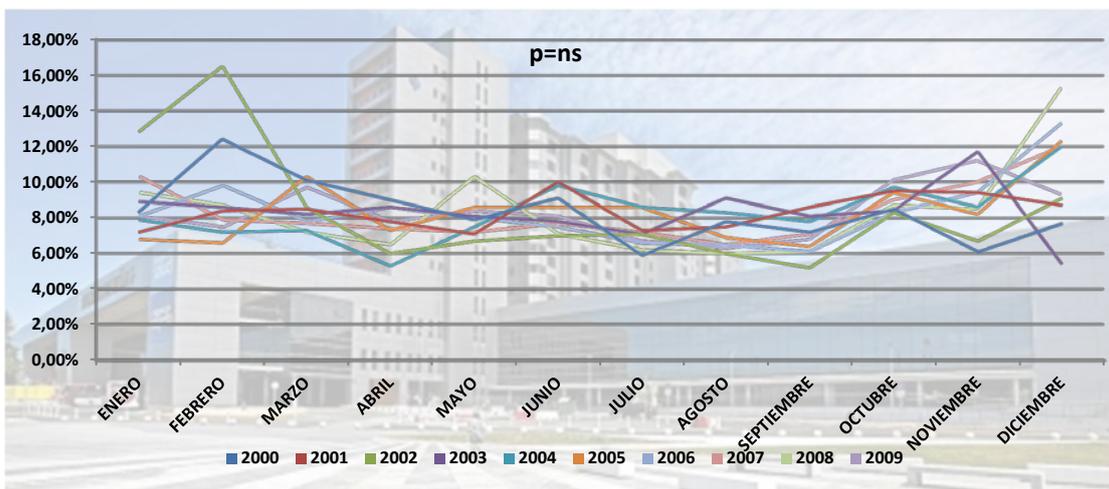


Figura 52. Distribución mensual de la demanda en el área de Pediatría.

Las Urgencias Ginecológicas se mantienen con cierta estabilidad a lo largo del año. (FIGURA 53).

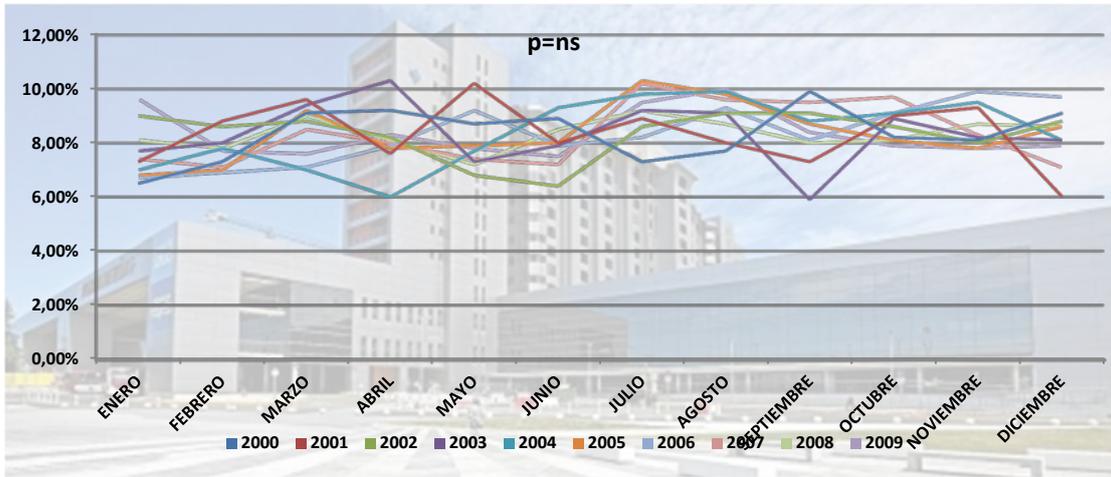


Figura 53. Distribución mensual de la demanda en el área de Ginecología.

En el área de Tología existe un ligero predominio de frecuentación durante los meses de mayo y Agosto. (FIGURA 54).

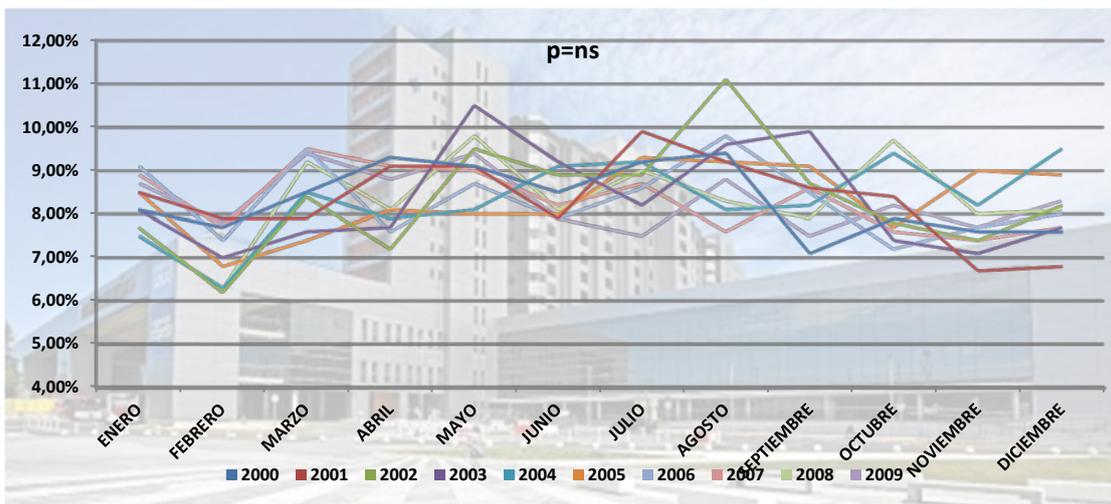


Figura 54. Distribución mensual de la demanda en el área de Tología.

En el área de Oftalmología se aprecia mayor demanda asistencial durante el mes de Agosto. (FIGURA 55).

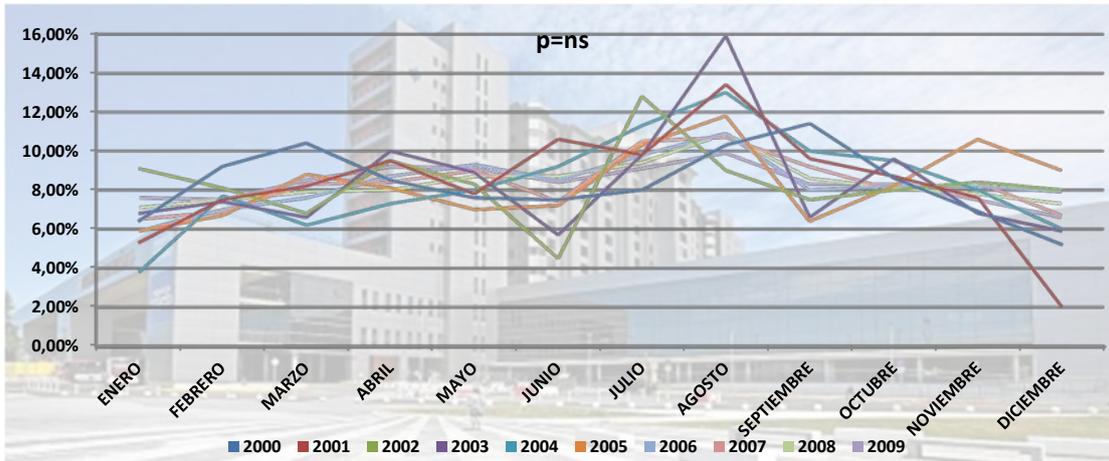


Figura 55. Distribución mensual de la demanda en el área de Oftalmología.

Al igual que con Oftalmología, ORL también muestra un aumento de la frecuentación durante el mes de Agosto. (FIGURA 56)

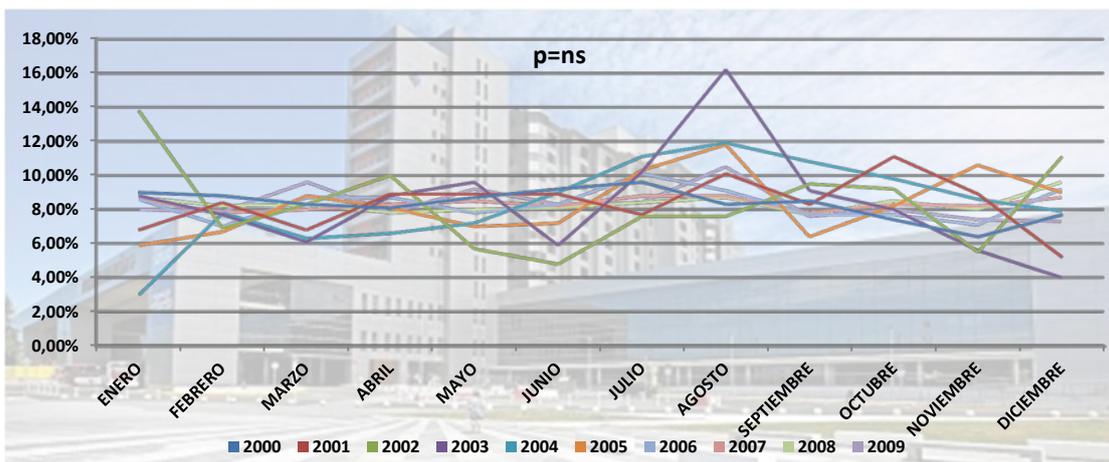


Figura 56. Distribución mensual de la demanda en el área de ORL.

DISTRIBUCIÓN ESTACIONAL DE LA DEMANDA ASISTENCIAL

La frecuentación al SUH depende a su vez de las estaciones del año, como se puede ver en la FIGURA 57. Así, se aprecia como la demanda aumenta ligeramente durante el verano y es menor durante las estaciones de otoño e invierno. Este incremento carece de significación estadística. (ANEXO XII. TABLA DE DATOS N° 20).

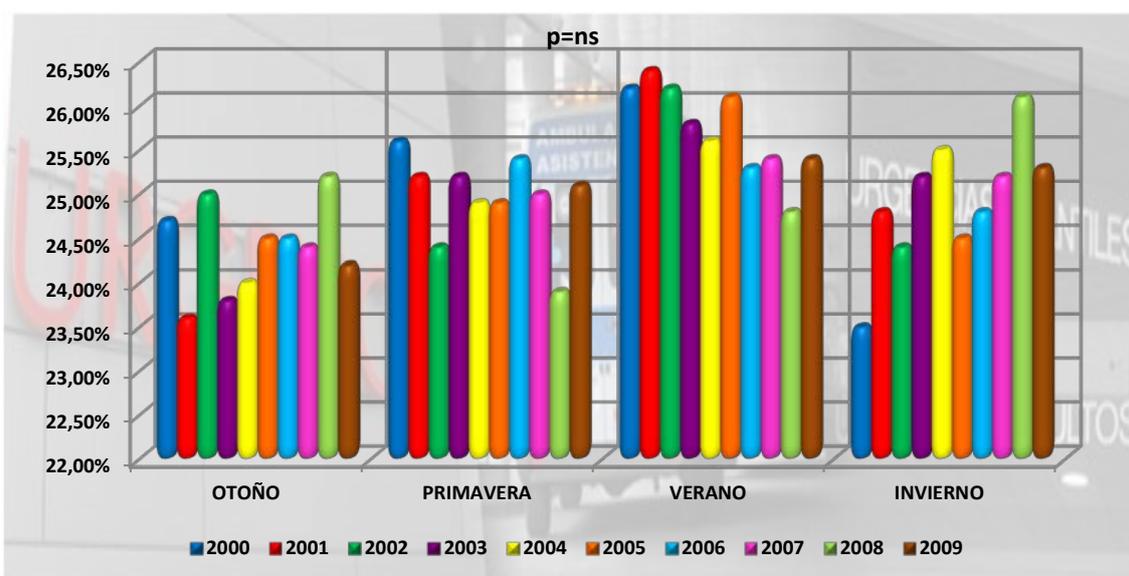


Figura 57. Distribución estacional de la demanda asistencial.

3. ANÁLISIS DE INGRESOS

COMPARATIVA ANUAL Y DISTRIBUCIÓN MENSUAL DE LOS INGRESOS

En la representación gráfica que se muestra a continuación (FIGURA 58) se observa que no existe una gran diferencia intermensual en la proporción de ingresos realizada desde el Servicio de Urgencias. Igualmente, en la FIGURA 59 se observa que porcentualmente no existen grandes diferencias interanuales (ANEXO XII. TABLA DE DATOS N° 21).

El porcentaje de ingresos realizados desde el Servicio de Urgencias se mantiene más o menos homogéneo tanto en la valoración mensual como en la década a estudio. (FIGURA 58).

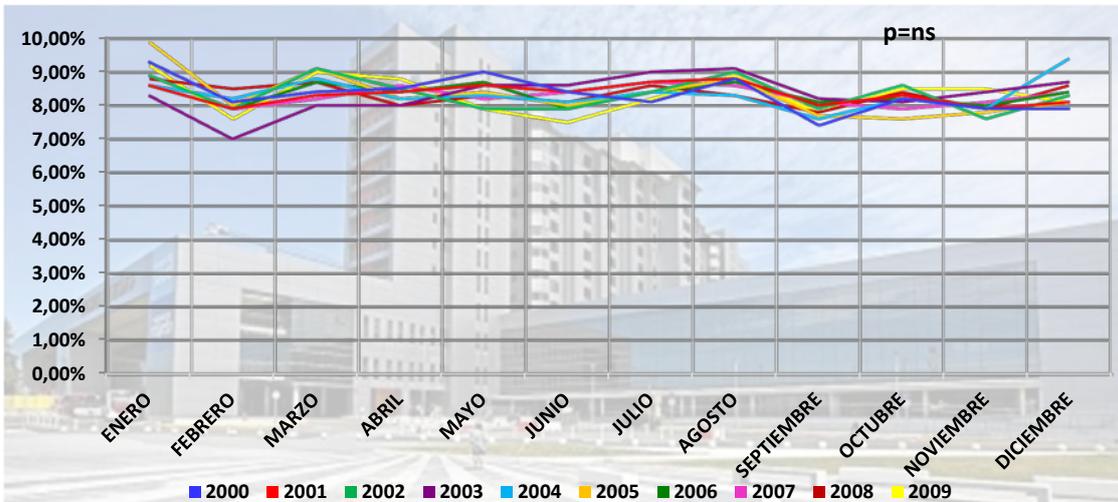


Figura 58. Distribución mensual de los ingresos.

Asimismo, se mantiene un porcentaje similar en todos los años del periodo a estudio. (FIGURA 59).

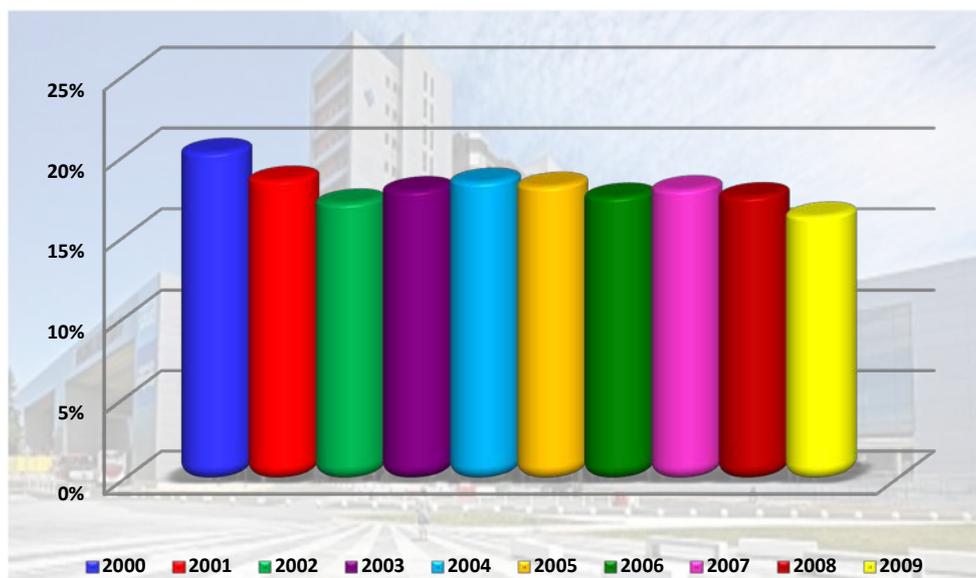


Figura 59. Comparativa anual de los ingresos.

Sin embargo, en el análisis de regresión lineal donde se estudia el valor numérico anual de ingresos a lo largo del periodo estudiado muestra una significación estadística tal y como se expresa a continuación.

Se aprecia el ascenso significativo y lineal de los ingresos desde el Servicio de Urgencias a lo largo de la década estudiada (FIGURA 60).

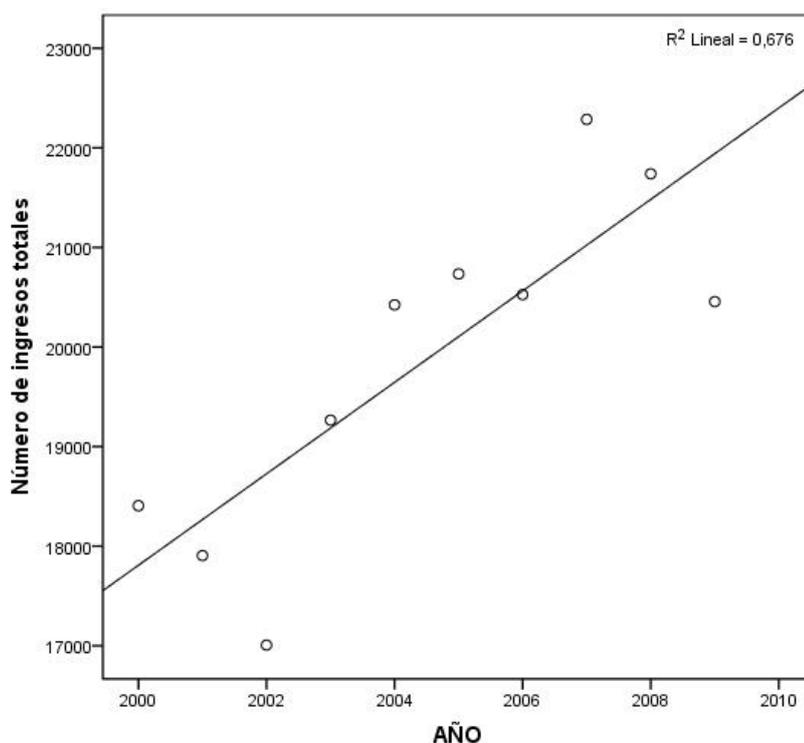


Figura 60. Análisis de regresión lineal del Número de ingresos totales.

ANÁLISIS DE LOS INGRESOS POR ESPECIALIDADES

En el periodo estudiado la media de ingresos en el CAULE desde el Servicio de Urgencias fue de 19875'1 con una desviación estándar de 1690'59. A lo largo de estos 10 años de estudio, y valorando tanto el global de los ingresos, como cuando se realiza el estudio de éstos desde el Servicio de Urgencias a cada servicio de forma independiente, se observan datos significativamente estadísticos en determinados casos y con significación clínica en otros.

De hecho, en el análisis en relación con la distribución de ingresos por especialidades se objetiva (FIGURA 61) que dentro de las especialidades médicas es el Servicio de Medicina Interna el que asume el porcentaje más elevado de ingresos, mientras que el Servicio de Ginecología y Obstetricia presenta el mayor porcentaje de ingresos dentro de las especialidades quirúrgicas. (ANEXO XII. TABLA DE DATOS Nº 22)

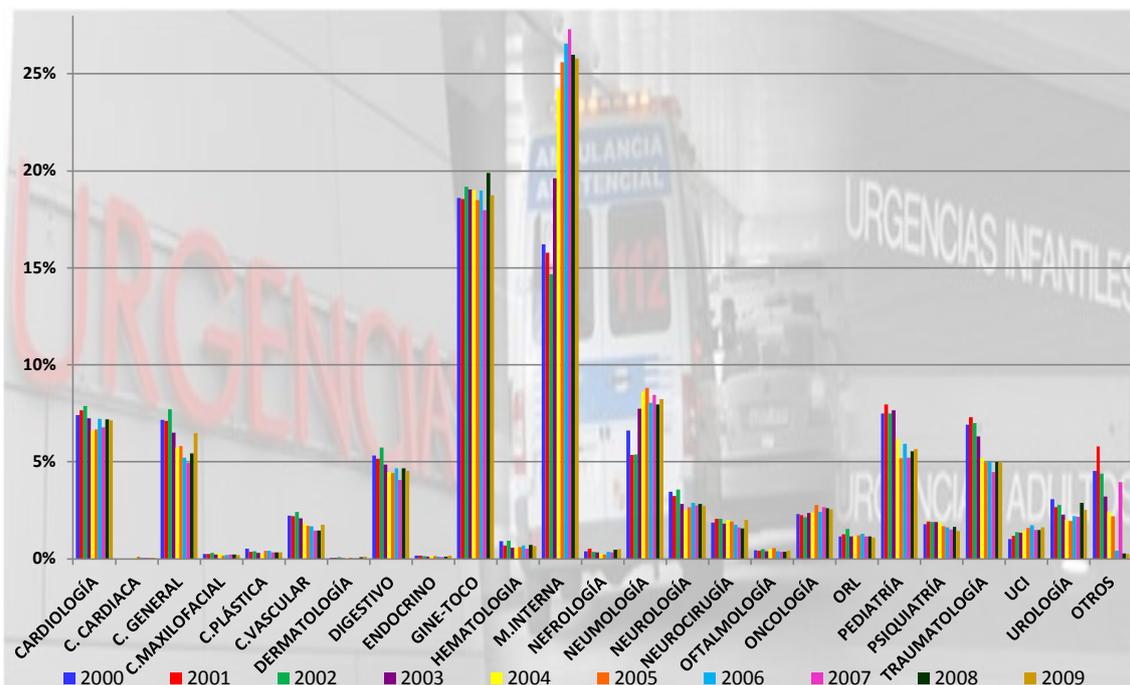


Figura 61. Distribución de los Ingresos por especialidades.

Al observar los resultados mostrados en la FIGURA 61, se procede a realizar el análisis y valorar la significación estadística o no de los ingresos realizados desde el Servicio de Urgencias en los diferentes Servicios del Centro Hospitalario (TABLA 3).

Se realiza el análisis de los ingresos partiendo del porcentaje de los mismos en cada Servicio y a lo largo del periodo estudiado respecto al número de ingresos totales. En aquellos Servicios que observamos que había significación estadística, es decir, que se evidenciaba un incremento o descenso progresivo en el porcentaje de ingresos, valoramos a su vez si esa variación significativa se reflejaba también en el número absoluto de ingresos desde el Servicio de Urgencias en el periodo estudiado.

Se observa que los Servicios de Cirugía General, Cirugía Vasculuar, Digestivo, Medicina Interna, Neumología, Neurología, Pediatría, Traumatología y UCI, al realizar el análisis del porcentaje de ingresos desde el Servicio de Urgencias presentan un incremento significativo.

Sin embargo, cuando realizamos el análisis en los Servicios mencionados partiendo del valor numérico real, se evidencia que son los Servicios de Cirugía Vascular, Medicina Interna, Neumología, Neurología, Pediatría, Traumatología y UCI los que han sufrido un incremento real de ingresos a lo largo del periodo estudiado.

	VALOR DE P SEGÚN EL PORCENTAJE DE INGRESOS RESPECTO AL TOTAL	VALOR DE P SEGÚN EL NÚMERO ABSOLUTO DE INGRESOS DE CADA SERVICIO
CARDIOLOGÍA	NS	
C. CARDIACA	NS	
C. GENERAL	0,023	NS
C.MAXILOFACIAL	NS	
C.PLÁSTICA	NS	
C.VASCULAR	0,001	0,002
DERMATOLOGÍA	NS	
DIGESTIVO	0,016	NS
ENDOCRINO	NS	
GINE-TOCO	NS	
HEMATOLOGIA	NS	
M.INTERNA	0,010	0,01
NEFROLOGÍA	NS	
NEUMOLOGÍA	0,024	0,08
NEUROLOGÍA	0,028	0,70
NEUROCIRUGÍA	NS	
OFTALMOLOGÍA	NS	
ONCOLOGÍA	NS	
ORL	NS	
PEDIATRÍA	0,002	0,018
PSIQUIATRÍA	NS	
TRAUMATOLOGÍA	0,001	0,001
UCI	0,004	0,001
UROLOGÍA	NS	
OTROS	NS	
TOTAL INGRESOS		0,003

Tabla 3. Análisis de la evolución de los ingresos en cada servicio según el porcentaje respecto al total y según el número absoluto.

4. ANÁLISIS DE LOS ACCIDENTES DE TRÁFICO.

DISTRIBUCIÓN MENSUAL DE LOS ACCIDENTES DE TRÁFICO

En la FIGURA 62 se muestra la distribución anual y mensual de los pacientes que han sufrido un accidente de tráfico y han solicitado asistencia sanitaria en el SUH. En dicho gráfico se objetiva un aumento progresivo a lo largo del año, a partir del mes de febrero del número de accidentes, alcanzando su máxima frecuentación en el mes de agosto y mínima en el mes de febrero (ANEXO XII. TABLA DE DATOS Nº 23). Aunque esta apreciación carece de significación estadística al realizar el estudio correspondiente, es obvio que tiene un llamativo significado clínico.

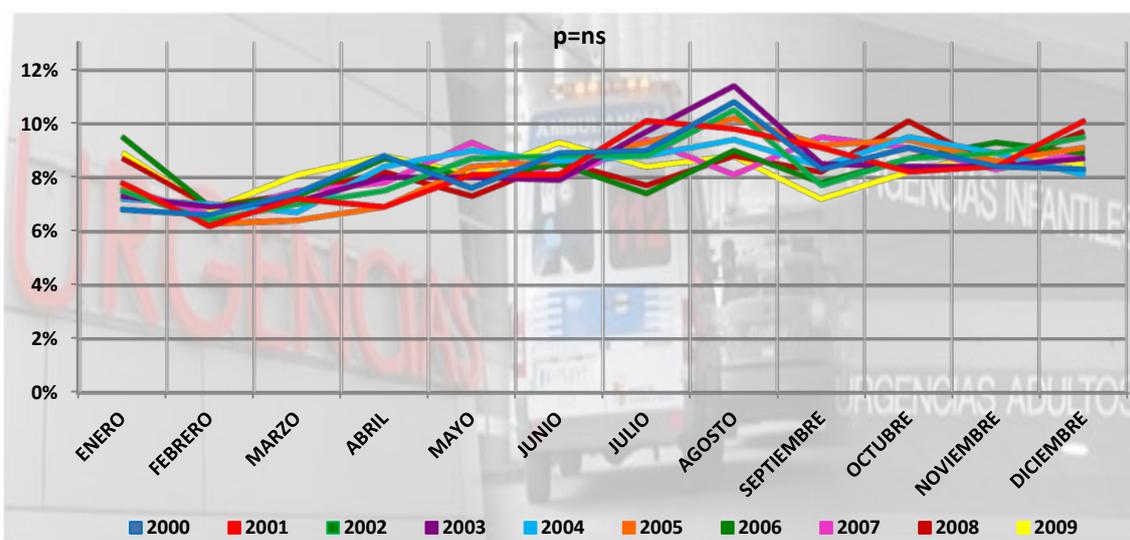


Figura 62. Distribución mensual de los accidentes de tráfico.

DISTRIBUCIÓN ANUAL DE LOS ACCIDENTES DE TRÁFICO

En el análisis de la comparativa anual de los accidentes de tráfico se objetiva una proporción similar a lo largo de la década estudiada, con una media anual en torno al 4'5%. (ANEXO XII. TABLA DE DATOS Nº 24)

A continuación se observa la estabilidad a lo largo del periodo estudiado en cuanto a la media de accidentes de tráfico registrados en el Servicio de Urgencias. (FIGURA 63)

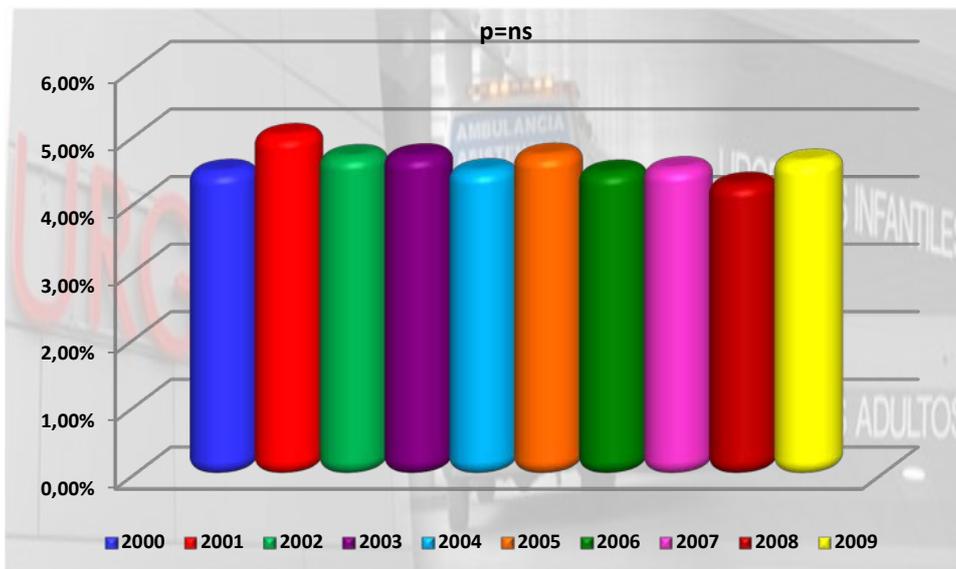


Figura 63. Distribución anual de los accidentes de tráfico.

5. ANÁLISIS DE LOS ACCIDENTES LABORALES.

DISTRIBUCIÓN MENSUAL DE LOS ACCIDENTES LABORALES

Al realizar el análisis mensual de la frecuentación de pacientes cuyo motivo de demanda asistencial ha sido el hecho de sufrir un accidente laboral, se objetiva cierto incremento en la frecuencia en periodo estival, disminuyendo durante los meses de diciembre y enero. (ANEXO XII. TABLA DE DATOS Nº 25).

En la FIGURA 64 se aprecia un ligero aumento de los accidentes laborales durante los meses estivales, y una menor proporción en la época invernal.

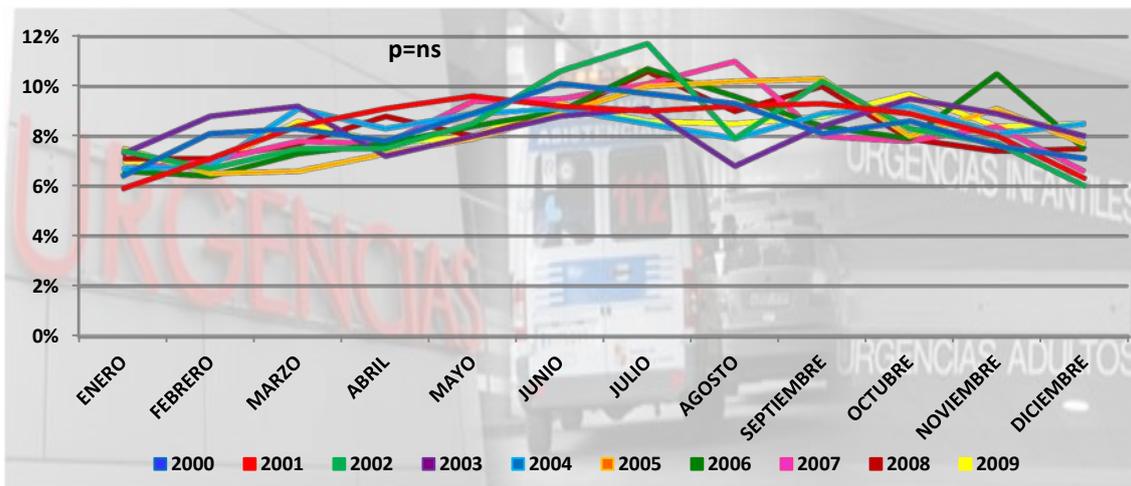


Figura 64. Distribución mensual de los accidentes laborales.

DISTRIBUCIÓN ANUAL DE LOS ACCIDENTES LABORALES

En el caso de realizar una comparativa anual únicamente se objetiva un discreto incremento no significativo en el año 2008 (FIGURA 65). (ANEXO XII. TABLA DE DATOS Nº 26)

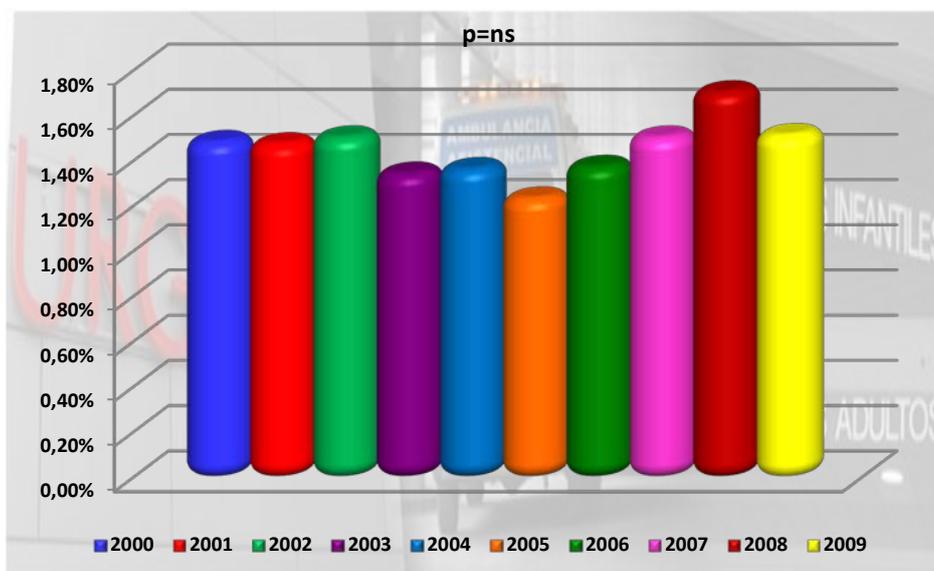


Figura 65. Distribución anual de los accidentes laborales.

6. OTROS INDICADORES ASISTENCIALES.

TASA DE MORTALIDAD ANUAL

Es el número de pacientes fallecidos en el SUH en un año y dividido por el número total de pacientes atendidos en ese periodo de tiempo y expresado en porcentaje. A continuación se detallan estos datos y se establece la comparativa anual de la década estudiada. (ANEXO XII. TABLA DE DATOS Nº 27)

En la FIGURA 66 se aprecia la escasa variabilidad a lo largo del periodo estudiado en cuanto a la tasa de mortalidad, obteniendo una media en torno a un 0'13%. Esta tasa podría incluso ser inferior, ya que aquellos pacientes en que el fallecimiento es previsible y no son tributarios de medidas agresivas, en lugar de realizar ingreso en el servicio correspondiente, se les asigna un área específica en el Servicio de Urgencias en espera del inevitable desenlace, lo que conlleva que estos decesos entren a formar parte de las estadísticas del Servicio de Urgencias, mejorando indirectamente las del resto de los Servicios de Hospital.

Aunque en este estudio únicamente se ha valorado el porcentaje de fallecidos en el Servicio de Urgencias, la experiencia clínica me permite añadir que en la mayoría de los óbitos que tienen lugar, la edad media superaba los 75 años y pertenecían al área de Urgencias de Generales.

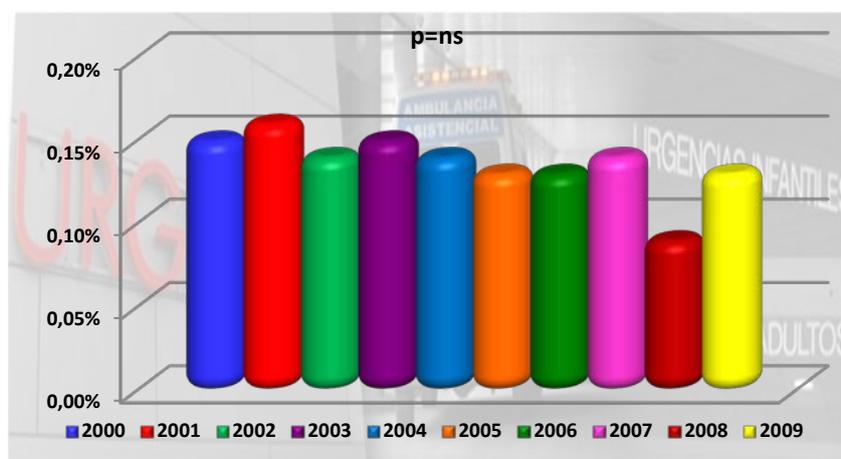


Figura 66. Comparativa anual de la tasa de mortalidad.

PORCENTAJE DE ALTAS VOLUNTARIAS

Hace referencia al número de pacientes que solicitan el alta voluntaria en el Servicio de Urgencias y que firman el documento que así lo acredita, dividido por el número total de urgencias hospitalarias y expresado en porcentaje. (ANEXO XII. TABLA DE DATOS Nº 28).

A continuación se aprecia la escasa variación en el porcentaje de altas voluntarias solicitadas en el Servicio de Urgencias a lo largo de los 10 años de estudio, estableciendo la media en torno al 0'42%. (FIGURA 67).

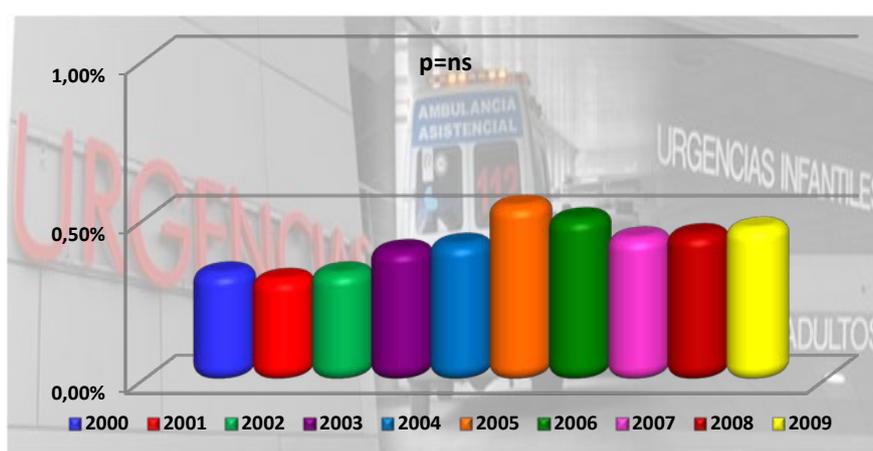


Figura 67. Comparativa anual del porcentaje de altas voluntarias.

PRESIÓN DE URGENCIAS

Con este término se hace referencia al cociente entre el número de ingresos urgentes y el total de ingresos realizados en el Centro Hospitalario. No se incluye en este término los traslados realizados a Centros Concertados con SACYL.

A continuación se muestran dos representaciones gráficas de este indicador, la primera incluyendo el total de ingresos y la segunda representa todos los ingresos de urgencias excluyendo aquellos que corresponden al Área de Ginecología y Pediatría. (ANEXO XII. TABLA DE DATOS Nº 29)

Si analizamos la Presión de Urgencias incluyendo todas las áreas asistenciales observamos que se mantiene de forma homogénea a lo largo del tiempo y en torno a un 68%. (FIGURA 68)

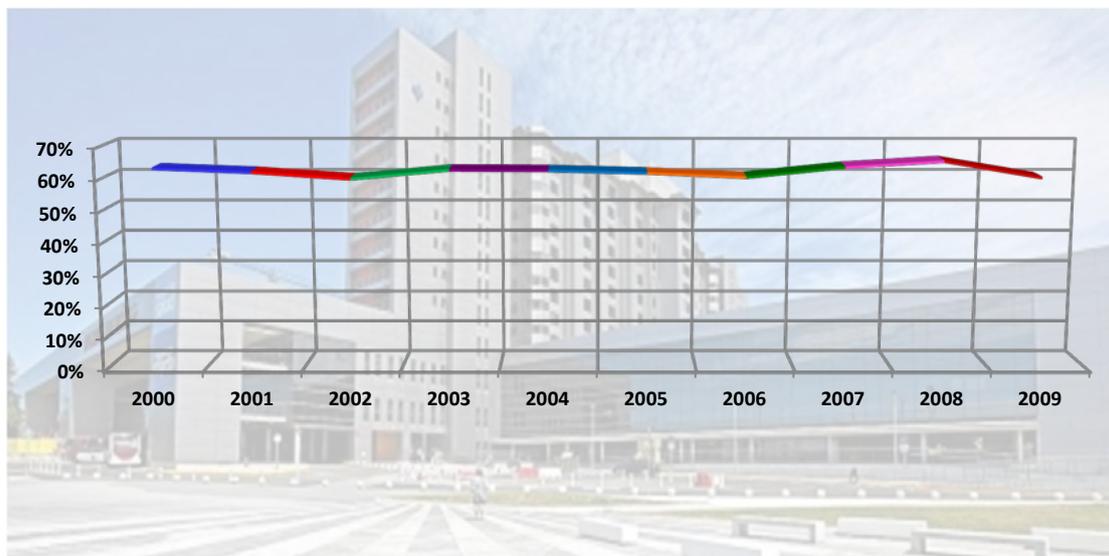


Figura 68. Comparativa de la presión de urgencias.

Sin embargo, si en este análisis excluimos las áreas asistenciales de Ginecología / Tocología y Pediatría, se aprecia que la Presión de Urgencias permanece estable en el mismo período pero disminuye alcanzando valores medios del 46%. (FIGURA 69). Ello supone que estas áreas asistenciales son un factor determinante a la hora de valorar la Presión de Urgencias.

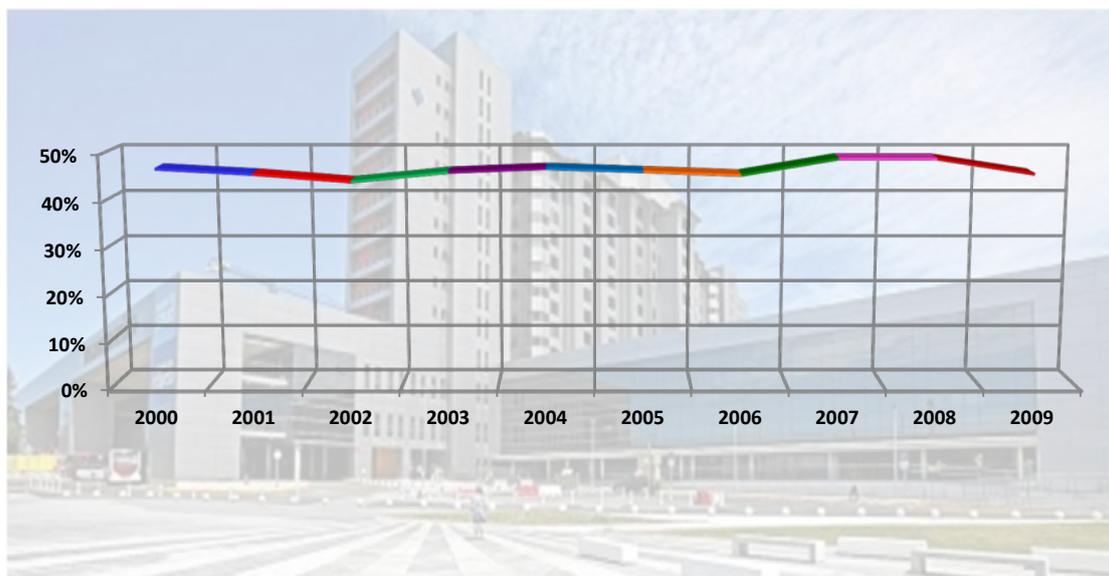


Figura 69. Comparativa de la presión de urgencias (excluyendo ginecología y pediatría).

PICO MENSUAL DE CARGA DE TRABAJO (PMCT)

El PMCT representa el número máximo de pacientes que se valoran mensualmente en el SUH. Se considera que es el 10% de las visitas totales al SUH durante el periodo de un año.

A continuación se muestra la representación gráfica del número máximo de pacientes que se valoran mensualmente. El primer gráfico representa el PMCT del global de las urgencias, observando cómo hay un incremento progresivo con el paso de los años; y en el segundo la representación se realiza en función de las diferentes áreas asistenciales, donde llama la atención el incremento en mayor o menor medida de todas las áreas salvo aquella que corresponde a boxes y consultas, donde hay un descenso progresivo a partir del año 2005. (ANEXO XII. TABLA DE DATOS N° 30)

Si observamos el gráfico que muestra el PMCT a lo largo del periodo estudiado, observamos una curva ascendente con una fase de meseta que se establece en los años 2007, 2008 y 2009. (FIGURA 70).

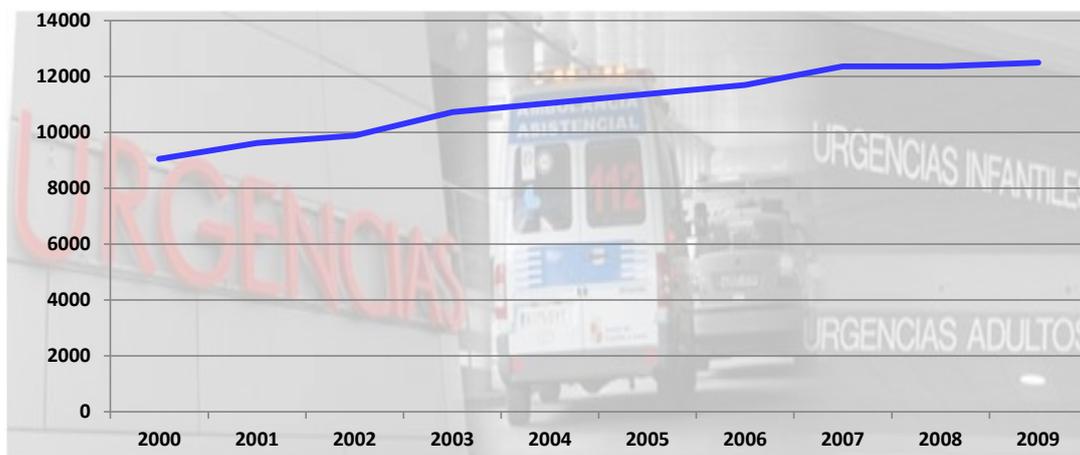


Figura 70. PMCT del global de las urgencias.

Si se valora el PMCT de cada área asistencial, se aprecia un descenso a partir del 2004 en el área de urgencias generales, mientras que las áreas de Oftalmología, Pediatría, Traumatología, Ginecología y ORL, se observa ascenso significativo de este indicador. (FIGURA 71)

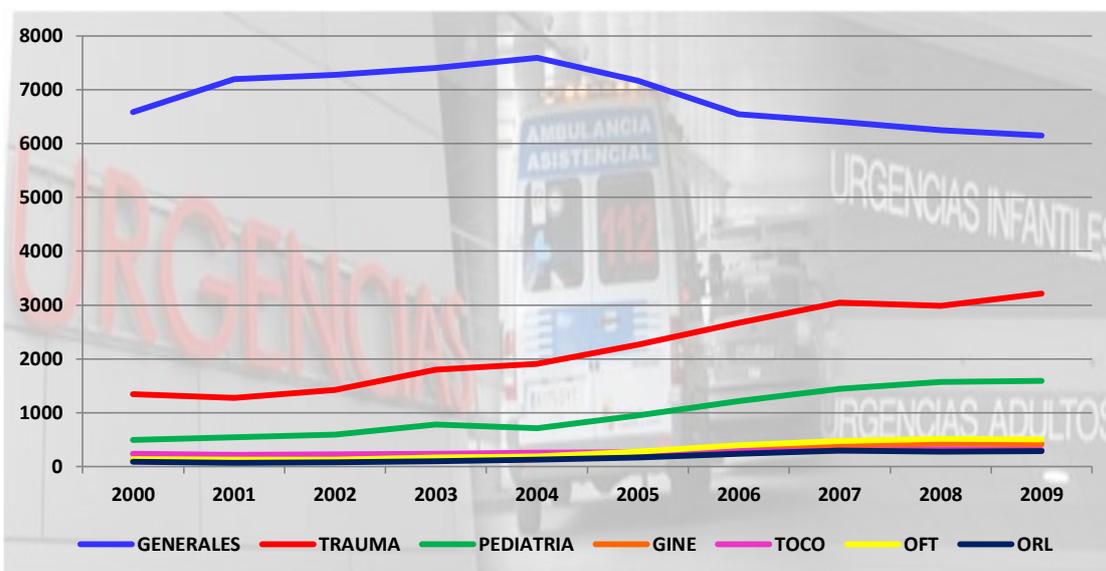


Figura 71. PMCT en función de las áreas asistenciales.

Este crecimiento en el PMCT por áreas asistenciales muestra una significación estadística en el análisis de regresión lineal tal y como se expresa a continuación.

En la FIGURA 72 se OBJETIVA el descenso lineal del PMCT en el área de urgencias Generales.

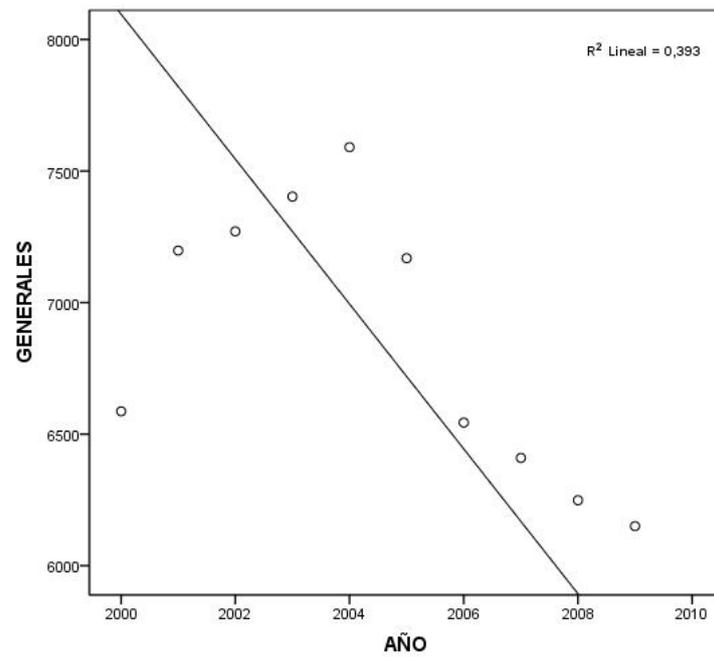


Figura 72. Análisis de regresión lineal del PMCT en el área de Generales.

A continuación se muestran los análisis de regresión lineal del PMCT del resto de las áreas asistenciales, donde se observa el ascenso significativo y lineal del indicador estudiado. (FIGURAS 73, 74, 75, 76, 77 y 78).

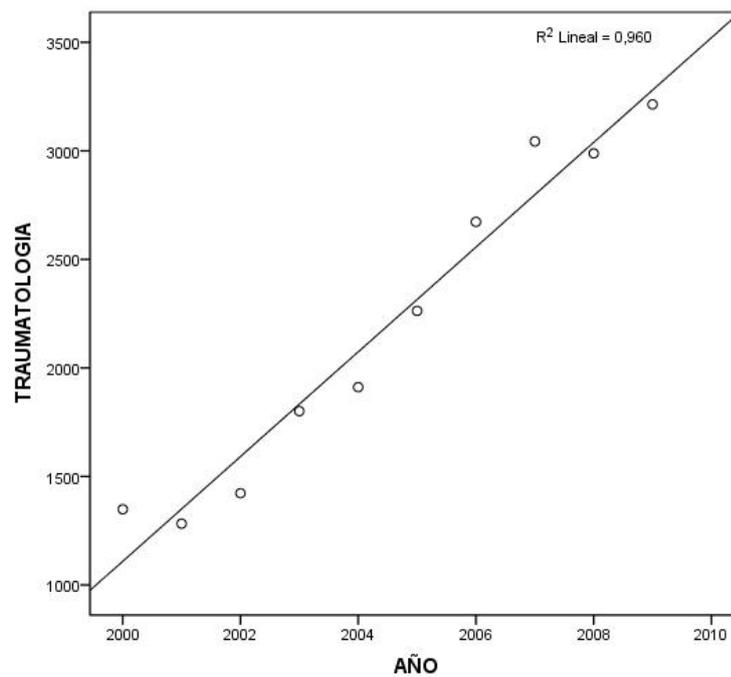


Figura 73. Análisis de regresión lineal del PMCT en el área de Traumatología.

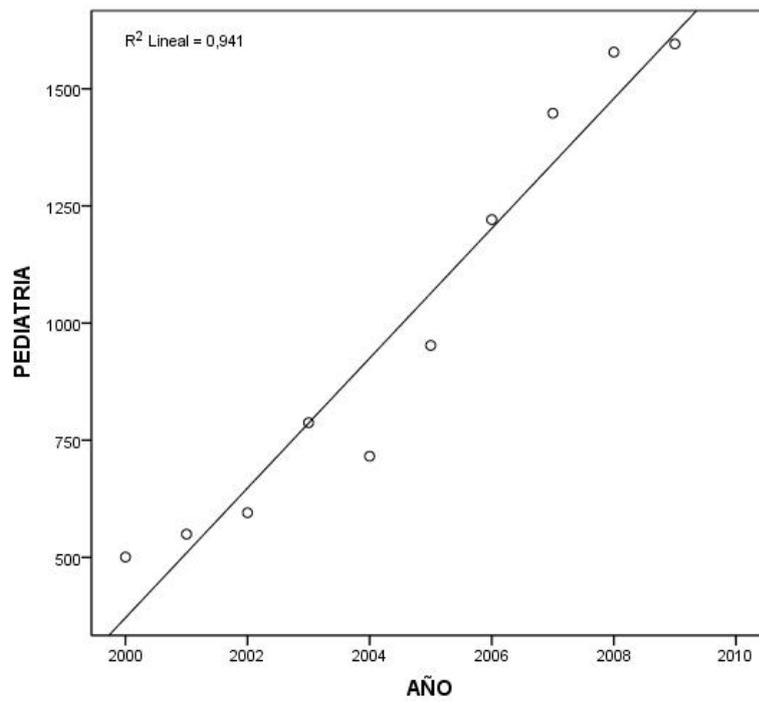


Figura 74. Análisis de regresión lineal del PMCT en el área de Pediatría.

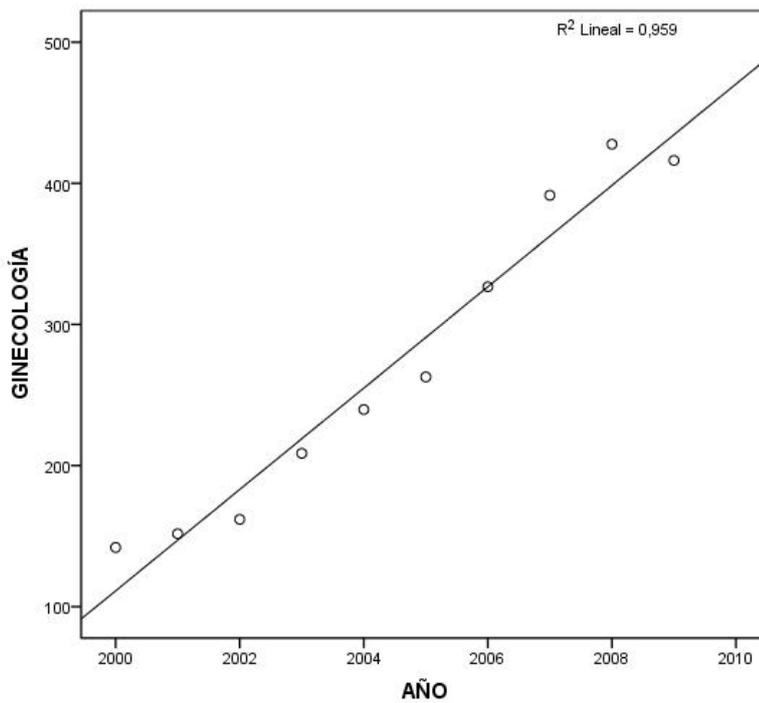


Figura 75. Análisis de regresión lineal del PMCT en el área de Ginecología.

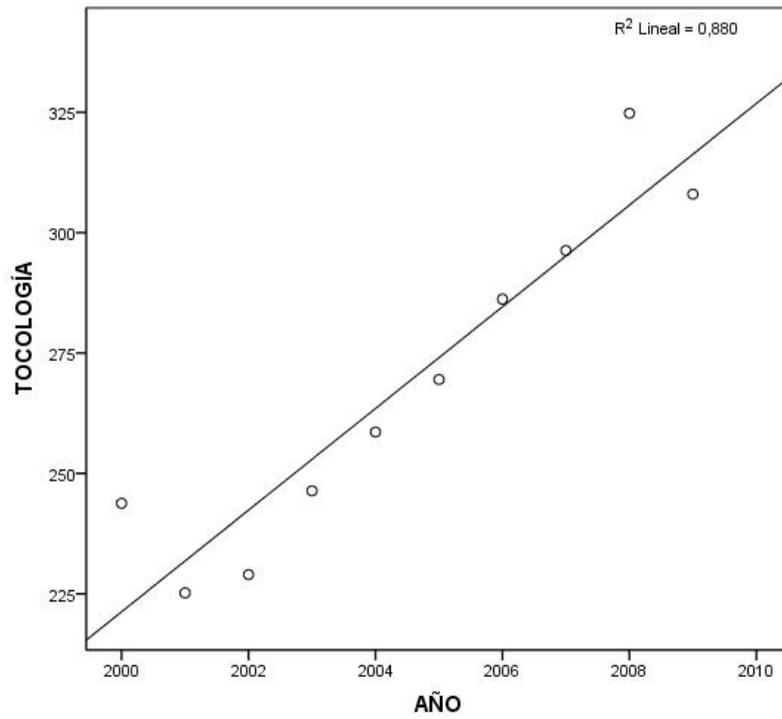


Figura 76. Análisis de regresión lineal del PMCT en el área de Tocología.

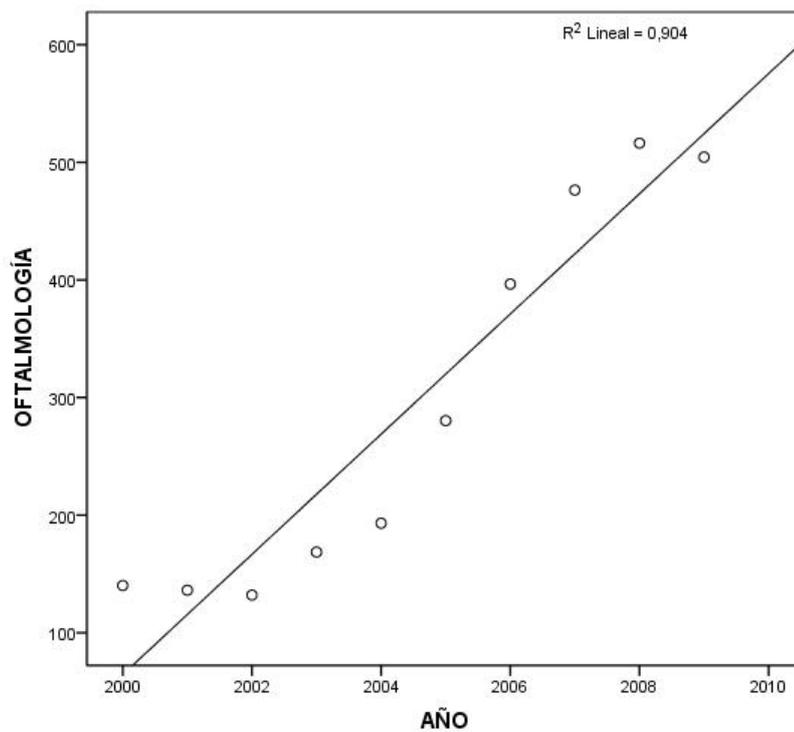


Figura 77. Análisis de regresión lineal del PMCT en el área de Oftalmología.

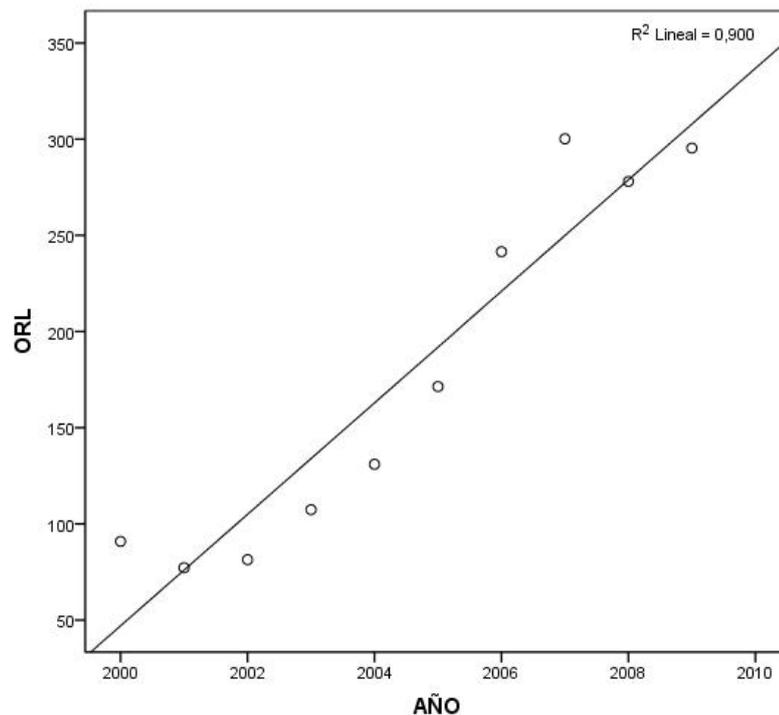


Figura 78. Análisis de regresión lineal del PMCT en el área de ORL.

MEDIA DIARIA DEL PICO MENSUAL DE CARGA DE TRABAJO (MDPMCT)

Es el número medio de pacientes que se atienden en el mes de máxima demanda asistencial. Se calcula a partir del PMCT dividido entre 30'5 días.

Seguidamente se muestran los gráficos donde quedan manifiestos el número medio de pacientes que se atienden en el mes de máxima demanda asistencial por un lado en base al global de las urgencias y por otro en función de las áreas asistenciales, observando imágenes equivalentes a las descritas anteriormente (ANEXO XII. TABLA DE DATOS Nº 31)

Se aprecia que la MDPMCT sigue una curva ascendente con una fase de meseta que se establece en los años 2007, 2008 y 2009. (FIGURA 79).

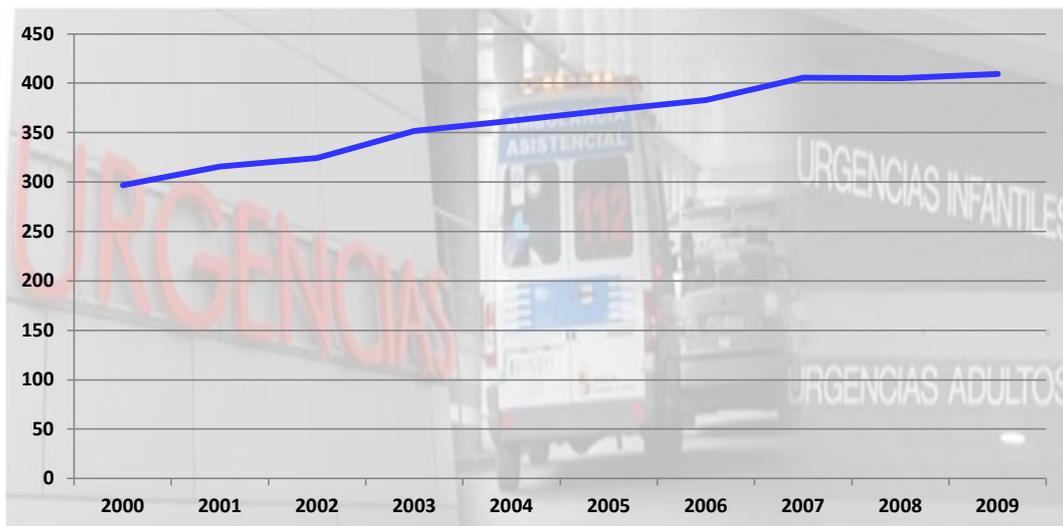


Figura 79. MDPMCT del global de las urgencias.

La MDPMCT PARA cada área asistencial muestra un descenso a partir del 2004 en el área de urgencias generales, mientras que las áreas de Oftalmología, Pediatría, Traumatología, Ginecología y ORL, se observa ascenso significativo de este indicador. (FIGURA 80).

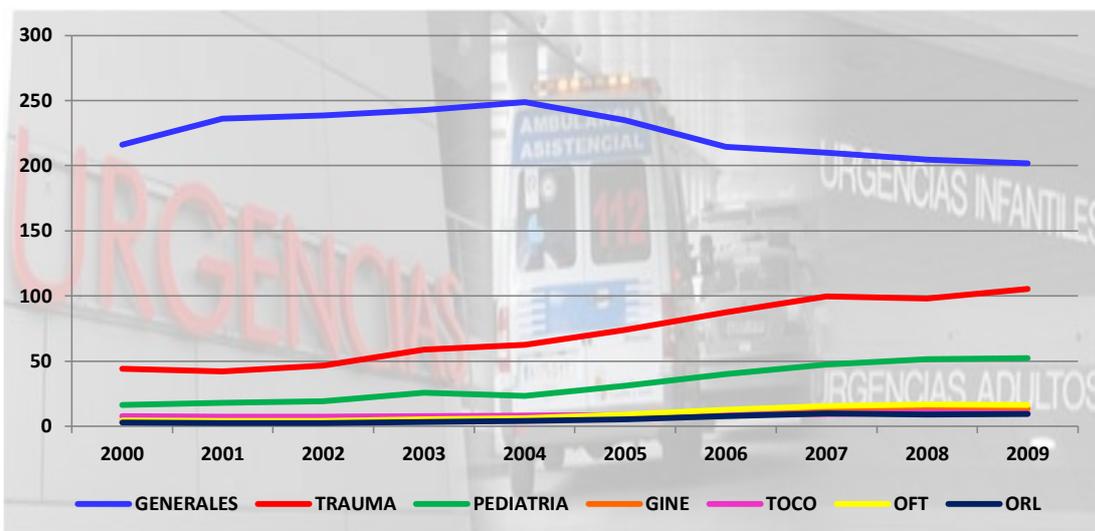


Figura 80. MDPMCT en función de las áreas asistenciales.

PICO DIARIO DE CARGA DE TRABAJO (PDCT)

Es la suma de la MDPMCT y el valor resultante de multiplicar 2'33 por la raíz cuadrada de la MDPMCT. Esta fórmula corresponde a la de la distribución de Poisson con una confianza del 99'9%.

Respecto a este indicador no se objetivan variaciones comparando con los gráficos previos. (ANEXO XII. TABLA DE DATOS N° 32)

Al igual que con los indicadores previos, se objetiva una curva ascendente con una fase de meseta que se establece en los años 2007, 2008 y 2009. (FIGURA 81).

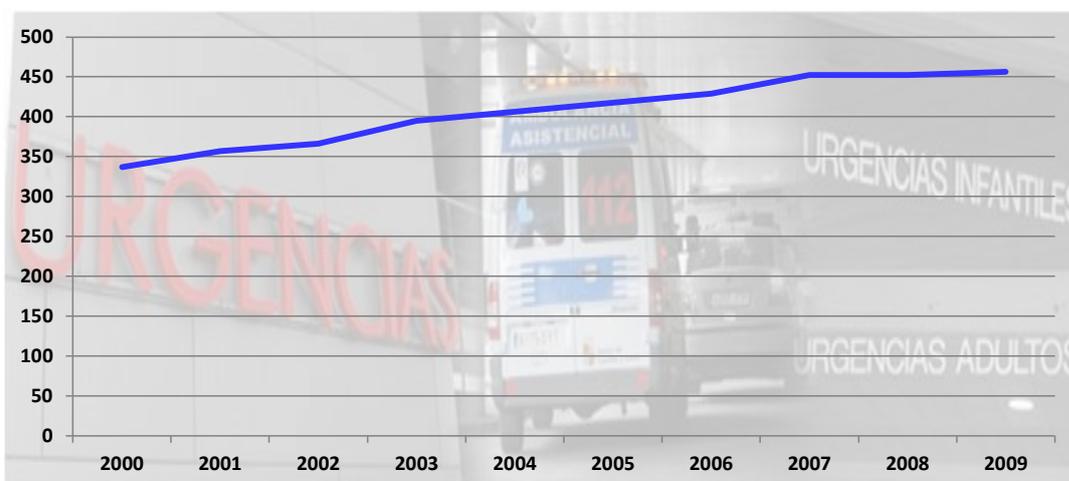


Figura 81. PDCT del global de las urgencias.

En cuanto a la valoración por áreas asistenciales, se aprecia una representación gráfica equivalente a las mencionadas con anterioridad, con descenso a partir del 2004 en el área de urgencias generales, mientras que las áreas de Oftalmología, Pediatría, Traumatología, Ginecología y ORL, se observa ascenso significativo. (FIGURA 82)

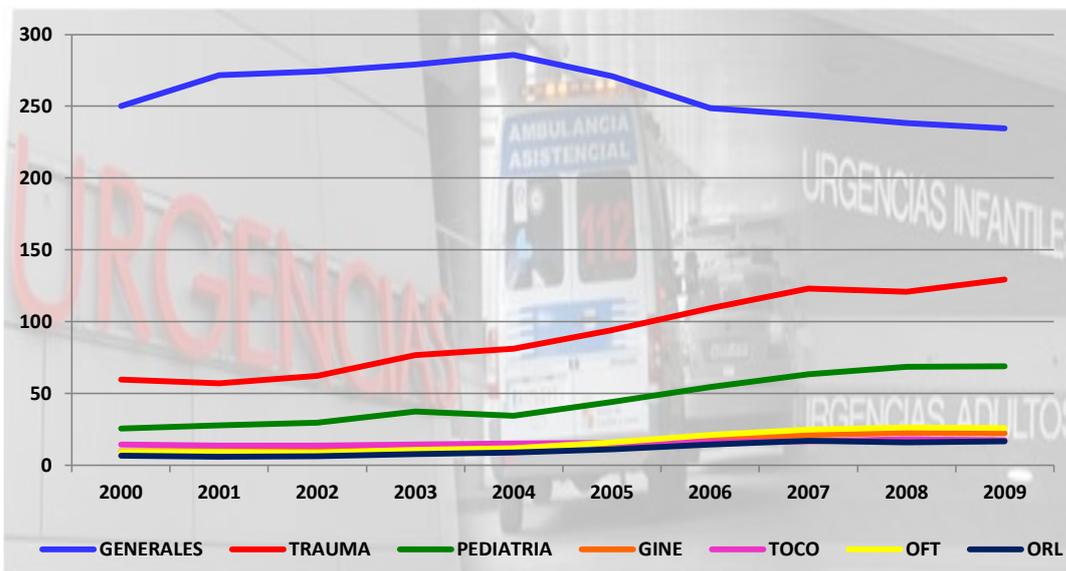


Figura 82. PDCT en función de las áreas asistenciales.

PICO DE CARGA DE TRABAJO POR TURNO

Este parámetro estima el número máximo de pacientes que son valorados en un solo turno de 8 horas. Corresponde al 50% del PDCT (ANEXO XII. TABLA DE DATOS Nº 33). Igualmente no se observan diferencias en la representación gráfico respecto a los gráficos anteriores.

Observamos nuevamente una línea ascendente con fase de meseta a partir de 2007 (FIGURA 83)

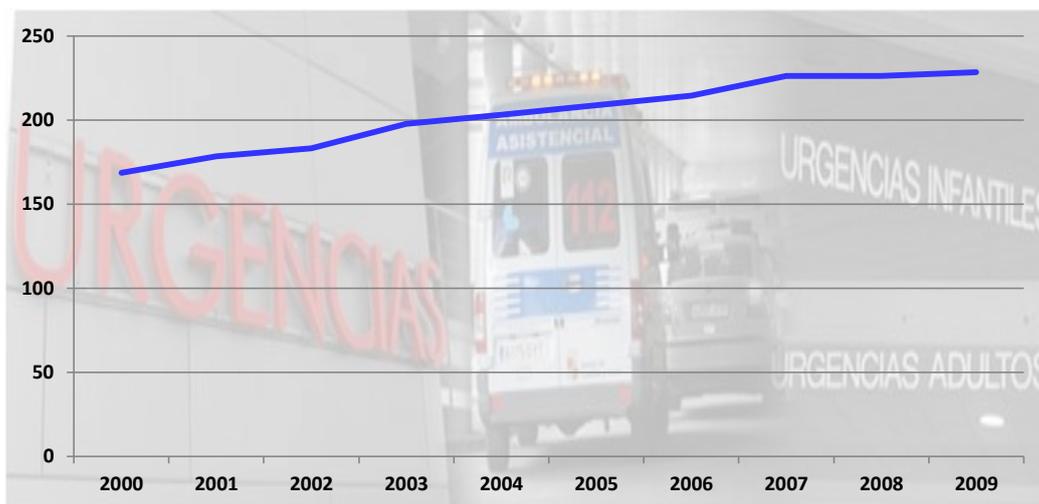


Figura 83. pdct del global de las urgencias.

En el análisis por áreas asistenciales se reitera la imagen de descenso en el área de generales y de aumento progresivo en el resto de áreas (FIGURA 84).

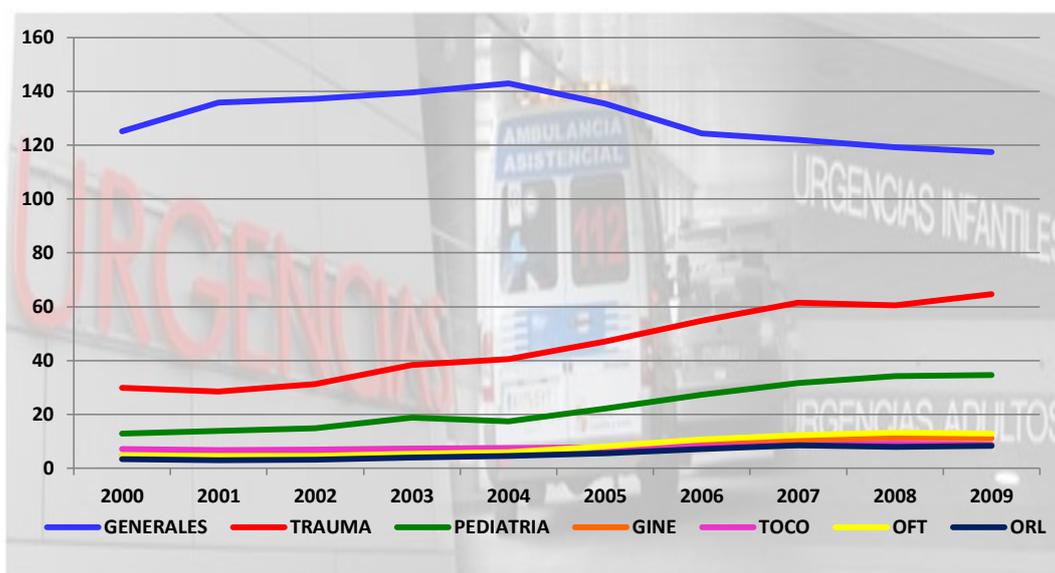


Figura 84. pdct en función de las áreas asistenciales.

NÚMERO DE FACULTATIVOS NECESARIOS

Para los cálculos del número de médicos a tiempo completo necesarios para realizar una cobertura de la actividad asistencial completa, según los estándares de la SEMES, se divide

el número de asistencial totales entre el número de pacientes que pueden ser asistidos por un solo médico en un año (4000). Se ha realizado el cálculo excluyendo el número de urgencias de Ginecología – Obstetricia, Pediatría, Oftalmología y ORL, obteniendo así el número de médicos necesarios para dar cobertura a las Urgencias Generales y Traumatológicas, como se muestra a continuación, y donde queda manifiesto la necesidad de un aumento progresivo de facultativos entre los años 2000-2003, y una estabilidad en esta necesidad desde el año 2003 (ANEXO XII. TABLA DE DATOS Nº 34) (FIGURA 85).

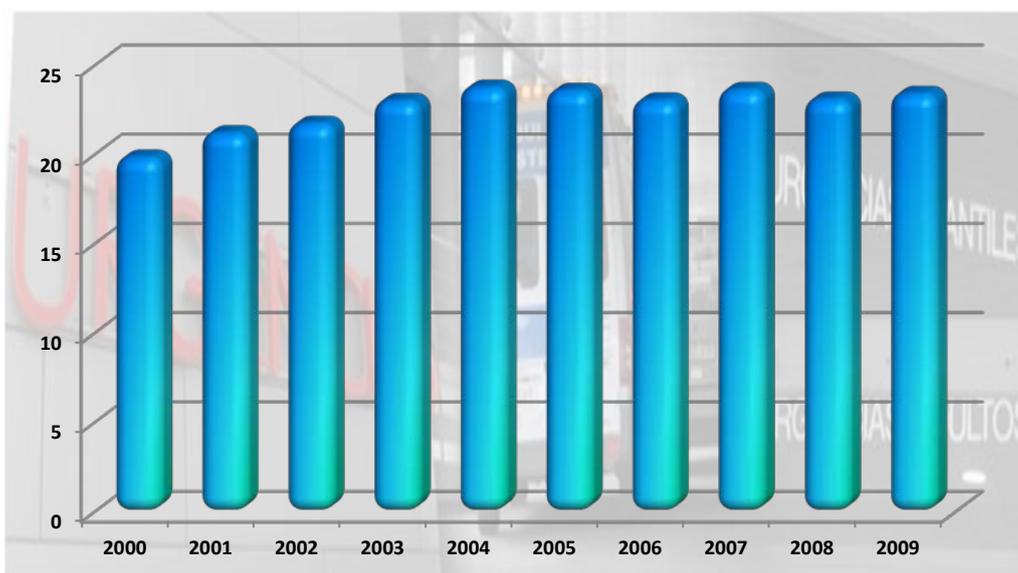


Figura 85. Número de facultativos necesarios.

COMPARATIVA ANUAL DE LOS TRASLADOS A CENTROS CONCERTADOS CON SACYL.

Los Centros Hospitalarios concertados se encuentran encuadrados como un instrumento más dentro de las estrategias desarrolladas por la Consejería de Salud para alcanzar los objetivos planteados en su política de salud, contribuyendo de forma activa en la consecución de las líneas de trabajo establecidas.

La ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad ³¹, en su artículo 90 establece que corresponde a las Administraciones Públicas Sanitarias el establecimiento de conciertos para la prestación de servicios sanitarios con medios ajenos a ellas, así como fijar los requisitos y condiciones mínimas, básicas y comunes aplicables a los conciertos.

El artículo 29 de la Ley 1/1993, de 6 de Abril, de Ordenación del Sistema Sanitario de Castilla y León señala que podrán establecerse conciertos para la prestación de servicios con medios ajenos a la Red Asistencial de Utilización Públicas, en los casos de insuficiencia de la misma. El artículo 65 de la Ley 8/2010, de 30 de agosto, de Ordenación del Sistema Sanitario de Castilla y León ⁴⁰ nos indica que la participación de las entidades privadas en la realización de las prestaciones del Sistema Público de Salud podrá formalizarse a través de cualquiera de los medios admitidos en derecho, en particular, constitución de personas jurídicas, convenios de colaboración, así como la celebración de conciertos sanitarios en los términos establecidos en el artículo 90 de la Ley General de Sanidad; todo ello sin perjuicio de las fórmulas contractuales previstas en la Ley 30/2007, de 30 de octubre, de Contratos del Sector Público.

Teniendo en cuenta la normativa legal expuesta, la Sanidad Pública utiliza los centros de medicina privada desde hace años con el fin de complementar la oferta de asistencia sanitaria que realiza con sus propios centros. En la medida en la que se establecen objetivos más exigentes en cuanto a lista de espera para intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas y atención en consultas externas, es necesario hacer un mayor uso de los centros de medicina privada. Asimismo, el establecimiento mediante norma de garantías de demora en la atención sanitaria, acarrea necesariamente la existencia de oferta asistencial alternativa por parte de la sanita privada.

El grado de colaboración entre sanidad pública y privada en el área de León es importante, variable y estable. Tiene carácter complementario y subsidiario, requiere de la optimización previa de los recursos propios y la coordinación en la utilización en los recursos públicos y privados. Por cuestiones principalmente de infraestructura, así como la alta prevalencia de pacientes pluripatológicos, con enfermedades crónicas... éstos son derivados y atendidos en Centros Sanitarios Privados concertados con SACYL, con el objetivo fundamental de garantizar una atención integral y de calidad a este tipo de usuarios.

A continuación se muestra la representación gráfica de los traslados de pacientes a Centros Concertados con SACYL destinados fundamentalmente al manejo de pacientes con patología crónica. Se observa como el Hospital San Juan de Dios absorbe el mayor número de pacientes seguido de la Clínica Altollano y en tercer lugar el Hospital Nuestra Señora de Regla (ANEXO XII. TABLA DE DATOS Nº 35). (FIGURA 86).

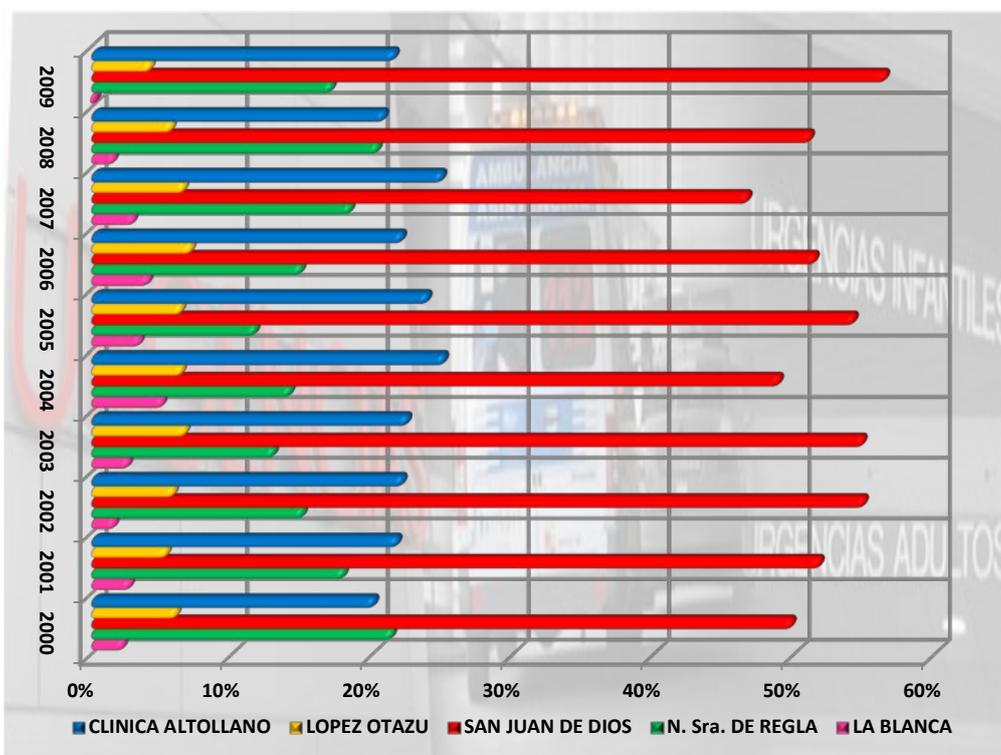


Figura 86. Comparativa anual de los traslados a Centros Concertados con SACYL.

En la FIGURA 87 se pone de manifiesto la relevancia que tiene para el Servicio de Urgencias de disponer de Centros Concertados. Se muestra el porcentaje de pacientes que son ingresados en Centros Concertados respecto del total de pacientes que ingresan desde Urgencias. Suponen en torno a un 20% del total. (ANEXO XII. TABLA DE DATOS Nº 36)

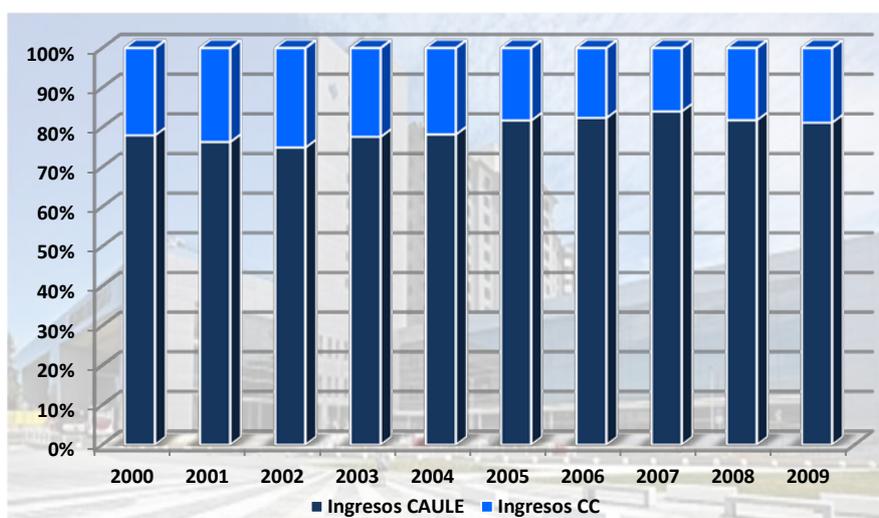


Figura 87. Relación de ingresos realizados en el CAULE y los realizados en Centros Concertados.

V. DISCUSIÓN

1. CONSIDERACIONES PREVIAS

Los SUH se encuentran en el punto de mira de políticos, administradores y gestores del Sistema Sanitario. Problemas como la sobreutilización ^{128, 129}, el fracaso del primer nivel asistencial de la atención primaria de salud en su labor educativa de la población y orientadora de los flujos ^{130, 131}, la tendencia histórica que parece existir a aumentar la gravedad de las urgencias son realidades de nuestro sistema sanitario, además del progresivo envejecimiento de la estructura poblacional que ha aumentado la edad media de los pacientes atendidos en los servicios de urgencias ¹³². La atención médica de urgencia constituye pues un punto crucial en los sistemas de salud. La respuesta eficaz de los servicios de urgencias a las demandas asistenciales no solo está determinada por su calidad y rapidez, sino que ésta depende en gran medida del uso adecuado y racional que se haga de sus recursos humanos y materiales ¹³³.

La utilización de los SUH se ve influenciada por diferentes factores externos, tanto demográficos (edad ¹³⁴), sociales (retransmisión de acontecimientos deportivos ⁸⁴) como ambientales (factores climáticos) y del propio paciente (percepción de gravedad por parte del usuario ¹³⁵), pero sin olvidar también factores internos, ligados a aspectos organizativos (sobrecarga asistencial ¹³⁶, dificultad de drenaje para el ingreso...) y de calidad asistencial (retorno de pacientes ¹³⁷).

Otro aspecto a considerar en la utilización de los SUH es el de la estacionalidad en la presentación de determinadas patologías. Miró señala como uno de los rasgos más característicos la predictibilidad de la demanda asistencial urgente, ya que se agrupa de forma cíclica en determinadas épocas del año o en ciertos días de la semana, sugiriendo que ello debería hacer posible actuar con suficiente antelación, a fin de evitar colapsos asistenciales ¹³⁵. Y concluye que los SUH han de estar diseñados para hacer frente a incrementos periódicos de la demanda asistencial, sin que ello comporte una disminución significativa de la calidad del servicio.

Los SUH para cumplir su función con eficacia “precisan que exista un equilibrio apropiado entre demanda asistencial y su capacidad de respuesta, además de mecanismos de reacción inmediata que sean capaces de corregir posibles desajustes” ¹³⁵.

Tras lo expuesto es obvio que la realización de este proyecto debía cumplir una serie de requisitos, especialmente en lo que se refiere a la obtención de datos fiables que puedan ser comparables, la definición del período de recogida de datos y el proceso de análisis.

La alteración de la salud genera una gran demanda asistencial en los Servicios de Urgencias. Es evidente que la población ha incorporado a sus pautas de conductas sanitarias la asistencia urgente e inmediata, lo que se traduce en un incremento de pacientes atendidos diariamente que supera a cualquier otro sistema de atención sanitaria, llegando con facilidad a situaciones de saturación.

Todo este aumento es debido a razones más de índole social que sanitaria ^{59, 138}:

- La estructura organizativa de los servicios sanitarios permite que se desvíen hacia los hospitales las demandas que podrían ser resueltas en Atención Primaria.
- Las mayores expectativas de la población que reclama atención médica inmediata y la gran confianza en las tecnologías sanitarias.
- La Ausencia de “filtros” de la demanda de asistencia urgente en los SUH.
- El uso inadecuado de los SUH que se ve influenciado por fluctuaciones en la frecuentación con relación a acontecimientos extra sanitarios.
- La distribución horaria de la demanda no es paralela a la distribución de horarios de trabajo.
- La facilidad de acceso y la expectativa de un servicio asistencial rápido, sin listas de espera.

2. ASPECTOS GENERALES.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Respecto a la obtención de los datos, con frecuencia se realiza con carácter retrospectivo a partir de un sistema de información del propio Centro Hospitalario ^{139, 140}, o bien directamente en el SUH cuando se pretende obtener información directamente del paciente ¹⁴¹. En nuestra situación el hecho de utilizar los datos obtenidos del sistema informático HP-Hiss evita que se puedan ocasionar pérdidas de datos y algún sesgo de información. Sin embargo, no se puede considerar con la misma validez interna que si la recogida hubiera sido prospectiva y en base a un protocolo previo.

En relación con la validez externa del estudio señalar una limitación, hay que tener presente que el estudio se realiza en un solo SUH y aunque los resultados sean internamente

válidos, no tienen por qué ser extrapolables a otras poblaciones con diferentes entornos socioeconómicos, culturales, niveles de salud y desigual interacción con el sistema sanitario.

Añadir que la alta demanda asistencial dio lugar a la creación del área de Observación de Urgencias, área que constituye una alternativa a la hospitalización convencional de enfermos agudos, y que permite una mayor disponibilidad de camas hospitalarias para la atención de patologías más complejas. Constituye una forma de organización de la asistencia urgente, disponiendo de manera determinada la prestación de servicios para adaptarse mejor a las necesidades de los pacientes, atendiendo a sus características y problemas clínicos de carácter urgente. El área de Observación permite disponer de un tiempo para la observación, para interpretar mejor la evolución del paciente y evitar ingresos innecesarios al hospital. Se encuentra por tanto en una posición estratégica para la gestión de la demanda urgente, actuando de filtro de entrada en el hospital. Minimiza en su caso la posibilidad de enviar a domicilio de forma precipitada casos que luego vuelven a ingresar en el hospital, aumentando la calidad de la atención inmediata y la capacidad resolutive global del sistema, con una utilización más eficiente de los recursos.

La búsqueda de un instrumento de evaluación adecuado para este tipo de área es difícil. En general, los diversos instrumentos disponibles están diseñados especialmente para evaluar la gravedad del proceso agudo, otros miden la intensidad del tratamiento y coste, mientras que otros intentan identificar el uso inapropiado de los recursos hospitalarios. Añadir a todo ello que el Servicio de Admisión durante el periodo de estudio no realizó un registro adecuado en el HP-Hiss de los pacientes que permanecen en Observación, dificultando aún más un análisis que permita aportar un mayor conocimiento de esta unidad. Únicamente se podría aportar una labor descriptiva de la actividad del área de Observación sin entrar, desgraciadamente, en analizar si esa actividad es la que realmente se corresponde con una utilización adecuada de este recurso.

Finalmente mencionar que lo que se persigue tras el análisis de nuestros resultados es conocer la evolución en el tiempo de la actividad del Servicio de Urgencias, para adecuarla a las necesidades actuales con un enfoque prioritario hacia nuestro centro, pero también como valor de reflexión para otros centros de nuestra comunidad o nacionales.

Cabe destacar que en este tipo de estudios el análisis estadístico tiene un valor limitado. Esto es debido a que variaciones en la demanda asistencial que se traducen en un cambio importante de la asistencia sanitaria, pueden no resultar estadísticamente significativas en los diferentes análisis. Por este motivo, en algunos apartados del estudio se

destaca la variación que ha sufrido determinada variable aunque no se haya reflejado por un análisis estadísticamente significativo.

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA.

En general, las características de los usuarios del SUH coinciden con aquellos de muestras de otros estudios publicados y que se han encontrado en la bibliografía. Existen indudables diferencias en la estructura de los diferentes hospitales y en la distribución de la población de cada zona particular.

A continuación se desarrollan las diferentes características demográficas de nuestra muestra:

- En cuanto al **sexo**, no encontramos diferencias notables entre hombres y mujeres, siendo prácticamente igual la distribución por género de los usuarios del SUH. Lo mismo se aprecia en casi la totalidad de la bibliografía consultada ^{61, 67, 76, 142, 143, 144, 145, 146}. Aunque existen algunas publicaciones que muestran cierto predominio de uno u otro sexo, siendo éstas minoritarias ^{147, 148}.
- Al estudiar la **edad**, existe mayor diferencia en la bibliografía revisada, ya que la distribución etaria no se ha realizado de forma homogénea en todos ellos. De hecho en los estudios consultados existen diferencias según se incluya o no la edad pediátrica ^{67, 76, 146}. En este trabajo el rango de edad se establece desde menores de 1 año a usuarios con edad superior a 100 años, siendo los rangos de edad de 1-5 años, de 20 a 40 años y los mayores de 60 años los más numerosos. La edad media de nuestros pacientes coincide con la descrita en otros estudios, y se observa que la población senil presenta el mayor porcentaje de utilización del SUH, siendo este hallazgo frecuente ^{143, 149}.
- Respecto a la **distribución por sexo y grupos etarios** los hombres dominan en la infancia, y en la segunda y tercera década predominan las mujeres. Asimismo se observa un discreto aumento a lo largo de la década estudiada, en las edades extremas, manteniéndose homogéneos el resto de grupos de edad. Sin embargo, estas diferencias no alcanzan significación estadística y es similar a bibliografía consultada ¹⁴⁸.

3. DISCUSIÓN DE LA FRECUENTACIÓN.

VALORACIÓN DE LA DEMANDA ASISTENCIAL.

La Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado muestra como las urgencias atendidas en los hospitales de las diferentes CCAA se han ido incrementando de forma progresiva a lo largo de los años, estimándose una frecuentación de las urgencias hospitalarias en España en torno a 514'82 urgencias por cada 1000 habitantes, y un crecimiento a lo largo de los 10 años a estudio de un 14'70%. Datos que se reflejan a continuación en la FIGURA 88.

TASA DE FRECUENTACIÓN DE URGENCIAS POR CADA 1000 HABITANTES

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Andalucía	531,29	525,06	563,05	554,26	594,47	611,9	617,25	662,98	649,6	670,3
Aragón	479,46	485,74	512,7	526,55	523,2	532,28	534,96	566,03	548,89	547,95
Principado de Asturias	390,69	399,21	413,54	441,31	433,39	442,9	453,8	472,29	474,63	476,93
Cantabria	513,51	545,93	553,98	622,05	631,46	648,86	643,33	667,02	638,25	640,27
Castilla-La Mancha	395,68	410,03	424,81	437,71	448,19	446,23	438,45	491,87	498,23	504,54
Castilla y León	374,85	390,74	397,48	420,8	417,72	420,36	423,62	443,61	442,02	463,82
Cataluña	647,02	654,26	687,5	667,12	657,04	646,17	639,74	649,86	626,32	635,19
Extremadura	390,19	406,52	435,99	461,84	461,74	470,09	484,08	518,12	514,96	518,5
Galicia	389,53	412,18	421,13	466,16	468,05	485,81	492,99	505,07	505,53	517,02
Islas Baleares	734,71	743,6	771,3	753,2	762,82	753,82	747,71	802,21	744,75	739,98
Islas Canarias	429,43	463,65	442,78	450,2	446,75	473,13	455,88	481,65	483,07	489,46
La Rioja	432,58	414,36	419,09	424,6	425,67	423,19	441,58	440,6	419,16	427,43
Madrid	521,89	532,77	533,07	551,64	552,95	559,87	567,71	583,89	592,62	613,14
Murcia	616,8	650,81	676,37	684,81	678,86	705,08	670,36	696,11	655,63	656,96
Navarra	462,88	466,8	458,8	469,11	460,79	457,21	456,75	470,59	455,7	450,8
País Vasco	443,08	461,43	479,88	498,81	501,16	509,85	513,51	513,63	521,22	522,49
Valencia	512,29	528,99	559,81	567,67	554,67	565,44	536,41	567,86	553,56	547,08
Ceuta y Melilla	648,42	694,05	736,45	801,53	835,01	826,15	799,06	821,68	775,85	803,35
MEDIA	469,17	483,48	499,35	515,76	518,63	525,18	521,96	545,00	531,58	538,17

Figura 88. Tasa de frecuentación de urgencias de las diferentes CCAA por cada 1000 habitantes.

Como se objetiva en la figura previa, la frecuentación de los SUH en España es tan alta que incluso las áreas con tasas bajas de frecuentación tienden a estar por encima de la media de otros países desarrollados. Por CCAA, las tasas crudas de urgencias oscilaron desde alrededor de 600 urgencias o más por 1000 habitantes en Andalucía, Cantabria, Cataluña, Islas Baleares, Madrid, Murcia y Ceuta y Melilla; a menos de 475 por 1000 habitantes en La Rioja, Navarra y Castilla y León. Las implicaciones de esta variabilidad son trascendentales, ya que un comportamiento más cercano a uno u otro valor supone millones de visitas (en más o en

menos) a estos servicios. Las diferencias en morbilidad entre las poblaciones de cada CCAA no parecen justificar la distinta utilización de los SUH, como tampoco pueden asociarse a problemas de accesibilidad o inequidad territorial en las áreas con tasas más bajas ¹⁵⁰. Parece que la explicación más plausible para esta gran variabilidad es que las poblaciones de las diversas áreas de salud hacen un uso diferencial de los SUH para la atención de problemas de menor entidad.

El aumento de la demanda asistencial observado en el SUH del CAULE corresponde con la tendencia actual de incremento anual observado en los últimos años en los SUH del país ¹⁵¹. En el SUH del CAULE se atendieron 90531 pacientes en el año 2000 y 124842 diez años después, lo que supone un aumento del 27'5% sin que se pueda justificar por un crecimiento poblacional. Este aumento de la frecuentación no constituye un hecho puntual, ya que tanto en el resto de la Comunidad Autónoma Castellano-Leonesa como en el resto del país se ha objetivado un aumento de la frecuentación hospitalaria en torno al 4% anual ¹⁵². Los determinantes de este incremento, según diferentes estudios, están relacionados con la oferta y la demanda ^{47,153}. Entre los factores determinantes de la oferta deben destacarse la mayor accesibilidad a los centros hospitalarios, la falta de aseguramiento, el irregular desarrollo de Atención Primaria en general y, especialmente, de sus dispositivos de urgencias, y el uso perverso de los SUH como fuente alternativa de cuidados ambulatorios para problemas no urgentes, para evitar listas de esperas o realizar actividades programadas diferidas.

Los relacionados con la demanda son:

- Alargamiento de la esperanza de vida de los ciudadanos y el consiguiente envejecimiento, con un incremento de los sectores poblacionales de mayores de 65 y 85 años, donde son más elevadas las prevalencias de enfermedades, generalmente crónicas, que producen descompensaciones agudas y precisan atención urgente.
- Los cambios en los patrones de morbimortalidad, con nuevos procesos, en los que la inmediatez asistencial cobra importancia creciente.
- Aumento de los accidentes como consecuencia del tráfico, la actividad laboral y la violencia de todo tipo.
- La falta de educación sanitaria y la cultura hospitalocéntrica de la inmediatez, sin conciencia de coste y con alto nivel de exigencia de una atención más eficaz y más rápida.

- Cambios sociales originados por los movimientos migratorios de la última década.

La elevada utilización del SUH es preocupante por varias razones ^{57, 154}:

1. Los usuarios de los SUH pueden estar haciendo un uso sustitutivo de estos servicios con respecto a la Atención Primaria, lo que tiene importantes implicaciones en la calidad de la asistencia, como la pérdida de la continuidad asistencial, del seguimiento de los tratamientos y fallos en la prestación de servicios preventivos y de promoción de la salud.
2. La atención a los pacientes no urgentes puede producir demoras en la asistencia a pacientes que sufren situaciones de riesgo vital, habiéndose señalado una relación inversa entre la presión asistencial y la calidad de los SUH.
3. El aumento desmesurado de la demanda en urgencias tiene consecuencias negativas para el conjunto del hospital en forma de falta de espacio físico, sobrecarga de los servicios de laboratorio y radiología y de los profesionales del hospital, alargamiento de la lista de espera de ingresos programados y pérdidas en productividad por las dificultades para programar el trabajo, de forma que todo el hospital queda afectado por la situación en urgencias.
4. La atención de condiciones no-urgentes en los SUH parece llevar asociada un incremento de costes asistenciales y, en consecuencia, la presencia de costes de oportunidad y pérdidas de bienestar para la sociedad en su conjunto.

A continuación, y después de haber valorado el análisis de la frecuentación a nivel estatal, por comunidades autónomas y en el propio SUH del Hospital de León, se mostrará la valoración de dicha frecuentación por áreas asistenciales, distribución horaria, turnos laborales, frecuentación mensual, por día de la semana, en base a la estación del año...:

- El análisis de la evolución de la **demanda en las diferentes áreas asistenciales** del SUH en el período estudiado puede considerarse como una de las partes del estudio más interesante, pues nos permite establecer como el incremento de la demanda asistencial mencionada previamente tiene lugar a expensas sobre todo de patología traumática y enfermedades de la infancia, así como valorar la evolución a lo largo de la década y determinar que la fase de estabilización evidenciada en los últimos tres años del estudio es debida a un descenso importante en la demanda asistencial del área de generales, manteniéndose el incremento en el resto de las áreas de asistencia del SUH.

Son pocos los datos obtenidos en la bibliografía revisada, puesto que en su mayoría realizan el estudio de la frecuentación de los SUH analizando la demanda sanitaria de forma general y no valorando cada área asistencial de forma individual ⁵⁹. Sin embargo, al realizar el estudio desglosando las diferentes áreas del SUH nos permitirá reorganizar y adecuar los recursos humanos incrementándolos en aquellas zonas de mayor solicitud de asistencia, y reduciendo el número de facultativos en aquellas en que la demanda asistencial ha disminuido.

- El estudio de la **distribución horaria de la demanda** detecta y cuantifica periodos puntuales de saturación que no se evidencian en el análisis del número total de urgencias, permitiendo con ello calcular su duración y su estudio epidemiológico que, en asociación con otros indicadores de calidad, proporciona información y ayuda en la decisión de la asignación de los recursos humanos y materiales en el marco de un plan de mejora de la calidad asistencial ¹⁵⁵.

La afluencia de la demanda es discontinua a lo largo del día y sigue una curva de distribución horaria que se reproduce con pequeñas variaciones en la mayoría de los SUH ^{147, 149, 151, 156, 157}. Este comportamiento hace pensar que la afluencia al SUH está motivada en su mayoría, no por un proceso clínico urgente, sino por ritmos sociales como son por ejemplo el horario laboral, el de las comidas... De hecho se observa un pico asistencial antes del horario de comida (11:00-13:00 horas), un segundo pico después del horario laboral (16:00-17:00 horas) y un tercer pico antes de la cena (20:00-22:00 horas). Asimismo queda patente una baja frecuentación en horario nocturno. Estos picos de máxima afluencia coincidentes con las observaciones de otros estudios ^{82, 156}, no son paralelos a la distribución de horarios de trabajo, lo que nos permitiría plantear un sistema de organización que pueda paliar y organizar la demanda urgente al SUH. Este sistema de organización debería adecuar los recursos humanos tanto por áreas asistenciales como en función del horario de máxima afluencia, si bien es cierto que se establecerían turnos laborales diferentes al resto del personal sanitario del Centro.

Si observamos la distribución horaria según el área asistencial, se observan “Picos de demanda asistencial” equivalentes a los analizados en la distribución horaria de la demanda de forma global, en el área de Generales, Traumatología, Ginecología, Oftalmología y Otorrinolaringología, mientras que en el área de Pediatría se observa un pico asistencial en torno a las 23:00 horas (probablemente en relación con la ausencia de Pediatra de guardia en los Centros de Salud a partir de las 22:00 horas) y en Tología hacia las 5:00 y 6:00 horas (horarios más frecuentes de inicio de parto).

- El análisis de la demanda asistencial teniendo en cuenta los **turnos laborales** muestran de forma general que la mayor frecuentación tiene lugar por la tarde, seguido de la mañana y en menor proporción por la noche. En estudios como el de Azorín Román et al también se describe que la franja horaria de la tarde es la más frecuentada ¹⁵⁷. Esta variabilidad entre la tarde y la mañana puede estar en relación con la mayor presencia de médicos de Atención Primaria en horario matutino y obviamente con el horario laboral del propio usuario.

Al realizar el análisis por turnos laborales valorando cada área asistencial, persiste el predominio de solicitud de demanda asistencial en horario de tarde seguido en orden de frecuencia del horario matutino y finalmente el nocturno, salvo en el área de Tocología donde predomina el horario nocturno seguido del vespertino, y en cambio en el área de Pediatría predomina el horario de tarde seguido de la noche sobre el de mañana (de hecho se aprecia que la solicitud de demanda asistencial coincide con el fin del horario escolar y laboral). Por tanto, la organización y distribución del personal sanitario habría que adecuarla de manera que el horario de tarde disponga de mayor número de facultativos para hacer frente al incremento de demanda asistencial que tiene lugar durante este periodo.

- La distribución general de la frecuentación según el **día de la semana** muestra una mayor afluencia los lunes y los viernes, siendo éste un hallazgo frecuente en la literatura ^{59, 102, 147, 149, 158}. Generalmente acuden por patología banal que va apareciendo a lo largo del fin de semana y demoran la solicitud de asistencia al inicio de la semana ^{59, 83, 147, 156, 158, 159}, solicitud que no puede ser atendida en su Centro de Salud al no haber tramitado una citación, y motiva la asistencia al SUH. La masificación del Servicio de Urgencias, en especial los lunes, podría mejorarse con una adecuada coordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada y una mayor facilidad de acceso a su Médico de Familia.

La valoración de la solicitud de demanda asistencial analizando las diferentes áreas asistenciales muestra una mayor frecuentación los lunes y viernes, salvo en el área de Pediatría, probablemente por la ausencia de consulta de Pediatría en Atención Primaria, y Traumatología que alcanzan los valores más altos de solicitud los sábados y domingos. Tras lo expuesto es obvio que se deberían reorganizar los recursos humanos durante el fin de semana tanto en el área de Pediatría como el de Traumatología.

- El análisis de la **frecuentación mensual** pone de manifiesto que es el mes de agosto el que muestra mayor actividad asistencial, principalmente por el aumento de población

flotante ^{59, 160} que influye en el aumento de la demanda ya sea para valoración a ellos mismos o solicitando asistencia sanitaria urgente a sus familiares residentes en el área sanitaria.

- De forma equivalente al estudiar la demanda en función de la **estación del año** se observa que aumenta sobre todo durante el periodo estival ^{59, 161}, como ya se ha mencionado, por el aumento de la población flotante y su influencia sobre las demandas por la población residente. Sin embargo en el área de Pediatría predomina su mayor afluencia en invierno debido a los procesos infecciosos habituales en esta época.

Tras lo expuesto, mencionar que aunque los SUH pueden atender el volumen de demanda que llega y también con rapidez los casos graves, al realizar el análisis de la demanda asistencial, se pone de manifiesto que uno de los puntos débiles del Servicio es la dificultad de programar las tareas en un contexto de creciente saturación ¹⁴⁷. Así, el conocimiento general de la demanda es imprescindible para planificar las inversiones públicas en infraestructura y en personal. Dado que el resultado final de la asistencia sanitaria depende en gran medida de la rapidez con que el paciente sea atendido, además de incrementar las dotaciones de recursos materiales y humanos, la correcta asignación de los medios disponibles es otro de los elementos clave para mejorar la oferta. Adoptar medidas de esta índole exige conocer la demanda real del SUH en cada momento.

Como se ha mostrado, la variedad de factores que pueden incidir en la frecuentación de un SUH, cabe pensar en un comportamiento diferente según la época del año, el día de la semana o la hora del día de que se trate. Debido a la presencia de estos comportamientos la incidencia de los desajustes entre oferta y demanda es mayor en determinadas fechas. Por ello, el registro mensual o semanal de la demanda podría ser útil para organizar y gestionar el Servicio de Urgencias, pero el examen de datos diarios o intradiarios permitiría sin duda un ajuste más preciso de la oferta.

En suma, la estacionalidad de la demanda se convierte en el elemento clave en torno al cual debe girar la reorganización del Servicio con el fin último de aumentar la calidad del servicio prestado. De forma general existe una disociación entre la disposición de recursos humanos y la distribución de la frecuentación, puesto que se suele concentrar al personal facultativo en el horario de mañana, justo cuando el hospital debería tener mayor capacidad operativa de respuesta y la oferta de atención programada y continuada es mayor, mientras que la demanda de urgencias sigue otro patrón de comportamiento ^{16, 162}. Por tanto, aunque

es obvio que la falta de recursos humanos es un factor limitante del tiempo de respuesta en la atención urgente, habría que considerar previamente la posibilidad de reorganizar los recursos humanos acomodándolos a la distribución de la demanda y determinar si una ordenación eficiente de los profesionales disminuiría los tiempos de espera en horas y días punta. Obviamente estas decisiones están condicionadas a la regulación legal nacional y europea, y a la estructura organizativa del centro.

4. DISCUSIÓN DE LOS INGRESOS REALIZADOS DESDE EL SUH

En relación con los ingresos realizados desde el Servicio de Urgencias cabe mencionar que la prevalencia de casos que pueden considerarse como no urgentes o poco urgentes puede mostrarse a partir del indicador denominado **porcentaje de ingresos** ¹⁶³. De hecho, se aprecia que la media de los ingresos realizados a lo largo de la década estudiada fue de un 18%, o lo que es equivalente, el promedio de pacientes dados de alta a domicilio se establece en torno a un 82%, lo cual nos permite inferir que son patologías que no solo no precisan ingreso hospitalario, sino que probablemente se podrían atender en los servicios extrahospitalarios o en Atención Primaria en consultas habilitadas con recursos y horarios adecuados .

Es importante dejar patente que de forma habitual la gran saturación del SUH provoca que algunos pacientes ingresados deban permanecer en Urgencias esperando a que puedan ser trasladados a una cama de hospitalización convencional. Esta situación provoca un estado de incomodidad que afecta tanto al paciente como a los familiares. También afecta al personal sanitario del SUH, ya que estos pacientes ocupan espacios necesarios para atender nuevos enfermos que solicitan prestación sanitaria o bien presentan una complejidad tal que exceden las competencias potenciales de un Médico de Urgencias. En otras ocasiones, el hecho de que estos pacientes ingresados aún no hayan sido ubicados físicamente en su servicio correspondiente provoca que, de forma habitual, su manejo no sea asumido por los facultativos propios del Servicio de ingreso.

Al realizar la valoración de los **ingresos por Especialidades**, observamos que son los Servicios de Medicina Interna, Neumología, Neurología, Traumatología, Cirugía Vascul, UCI y

Pediatría los que presentaron un incremento de sus ingresos a lo largo del periodo estudiado. Este incremento está en relación con los procesos asistenciales que mayor demanda han ocasionado al SUH en los diez años valorados: pacientes pluripatológicos, con enfermedades crónicas, patología traumática, patología de la infancia..., y que son sugestivos de ingreso en los Servicios mencionados.

Como ya se ha mencionado, en nuestro SUH ha habido un incremento progresivo en la demanda asistencial sanitaria por parte de la población. Este mayor requerimiento es consecuencia tanto de un aumento de las enfermedades crónicas, paralelo al envejecimiento de la población, como de una mayor esperanza de vida, del desarrollo de nuevas tecnologías y también debido a unas mayores expectativas para una sociedad cada vez más informada. La sobrecarga de pacientes en las consultas de atención primaria, las excesivas listas de espera en consultas de medicina especializada o en la realización de pruebas diagnósticas provocan una situación de inseguridad e intranquilidad que afecta tanto al paciente, a su familia o al médico de Atención Primaria ¹⁶⁴. Todo ello favorece que un alto porcentaje de los pacientes que terminan ingresando en el centro hospitalario provengan del Servicio de Urgencias, llegando a suponer en torno al 45% del total de los ingresos del Centro Hospitalario.

La habitual limitación que existe del número de camas de hospitalización convencional, unido a la necesidad de contención del gasto sanitario ha provocado la búsqueda de alternativas a la hospitalización clásica. Por todo ello en los últimos años se han desarrollado diversas estrategias circunscritas al ámbito hospitalario para mejorar la utilización de los hospitales, agilizando la realización de pruebas diagnósticas y tratamientos (hospitalización de día o domiciliaria, unidades de corta estancia, consultas de alta resolución, cirugía mayor ambulatoria...), racionalización de la práctica clínica (vías clínicas, guías de práctica clínica...), incremento en la oferta de recursos socio-sanitarios (unidades de cuidados paliativos, hospitales de media y larga estancia...), e intervenciones sobre los clínicos para disminuir el uso innecesario (retroinformación de resultados, AdeQuos) ¹⁶⁵ ... que podrían ser de utilidad en la Gestión y Organización del SUH del CAULE.

5. DISCUSIÓN DE LOS ACCIDENTES DE TRÁFICO

Los datos referentes a los accidentes de tráfico atendidos en el Servicio de Urgencias del CAULE a lo largo de la década estudiada no muestran mucha variación interanual, sin embargo, desde el punto de vista clínico si queda patente un incremento especialmente en el periodo estival. De hecho, en el verano no solo aumenta el número de accidentes con víctimas, sino que sobre todo, aumenta la gravedad de los mismos en comparación con el resto de las estaciones. El aumento de desplazamientos de vehículos, el cansancio, el sueño, la distracción o avería mecánica adquieren mayor protagonismo en los meses estivales que en el resto del año. La velocidad excesiva unida a la distracción y al cansancio y a la mayor ocupación de los vehículos durante el verano, son factores de alto riesgo que explicarían la afluencia de más pacientes y más graves al SUH.

Es por ello que determinados Hospitales hayan creado la denominada Unidad de Tráficos ¹⁶⁶, con el objeto de ofrecer una asistencia integral a las personas que sufran lesiones en relación con este tipo de accidentes. Constituyen unidades que además de prestar asistencia sanitaria, también asesoran a los pacientes, gestionan los informes para un adecuado tratamiento... pues se considera que un accidente de tráfico necesita una atención urgente y precoz, con una asistencia durante todo el periodo de recuperación, imprescindible para evitar posteriores secuelas. Obviamente ha de haber una perfecta coordinación entre los centros privados que han de asumir este tipo de pacientes y el Servicio de Urgencias que realiza la primera valoración sanitaria.

De todas formas, y en ausencia de Unidades de estas características, es necesario que en estos periodos estén presentes facultativos del Servicio de Urgencias con experiencia en el manejo de este tipo de pacientes, lo que supone un hándicap a la hora de organizar las vacaciones estivales de los Médicos de Urgencias, pues implica que siempre ha de haber facultativos de la plantilla del Servicio durante todo el periodo estival junto con los médicos que dan sustitución de vacaciones. Hay que recordar que estos últimos suelen ser especialistas que han finalizado recientemente su periodo de formación MIR y que por su falta de experiencia carecen de habilidad y rapidez en el manejo del paciente politraumatizado.

6. DISCUSIÓN DE LOS ACCIDENTES LABORALES

En general, las cifras de accidentalidad laboral en nuestro país se ha ido estabilizando con el paso de los años. En nuestro caso no se observa una gran variación a lo largo de los diez años estudiados, y se aprecia un ligero incremento aunque carece de significación estadística en el periodo estival. Este aumento se puede explicar por el incremento de la población expuesta al riesgo.

En este sentido, al igual que se mencionaba con anterioridad en relación con los accidentes de tráfico, al tratarse de pacientes que precisan una atención urgente y precoz, es conveniente que a la hora de organizar el Servicio de Urgencias se tenga en cuenta la necesidad de disponer de forma diaria de facultativos con experiencia en el manejo de pacientes politraumatizados.

7. DISCUSIÓN DE OTROS INDICADORES ASISTENCIALES

TASA DE MORTALIDAD, PORCENTAJE DE ALTAS VOLUNTARIAS, PRESIÓN DE URGENCIAS

En relación con la **Tasa de Mortalidad** mencionar que se trata de un indicador que se utiliza habitualmente como medida de calidad asistencial, limitándose frecuentemente su uso para pacientes hospitalizados en planta. Sin embargo, merece la pena mencionar que se trata de un dato epidemiológico que además de servir como indicador de calidad, los SUH también lo utilizan para establecer la prevalencia de las causas de mortalidad, la revisión en sesiones clínicas de causas de fallecimiento potencialmente evitables, para el análisis de las condiciones sociales y familiares en que ocurren, así como para introducir medidas destinadas a mejorar las actuaciones tanto clínicas como humanas ¹⁶⁷.

En diversos estudios se ha estimado que en los SUH el estándar de la tasa de mortalidad ha de ser inferior al 0'2%, con valores que oscilan entre el 0'6-1'2% ¹⁵¹. En nuestro caso la media de esta tasa a lo largo del periodo estudiado fue del 0'13%, que es equivalente a la media nacional de los establecimientos sanitarios tanto públicos como privados . Hay estudios que establecen tasas entre 0'10 y 0'53%, esta variabilidad quizás deba justificarse por

la heterogeneidad existente en la estructura y funcionamiento de los servicios de urgencias y no por el tipo de gravedad del enfermo admitido ^{167, 168, 169}.

En cuanto al **porcentaje de egresos por altas voluntarias** mencionar que el estándar de referencia nos indica que ha de ser inferior a un 2%, y en nuestro trabajo y a lo largo del periodo estudiado la media se establece en torno al 0'42% . Este tipo de parámetro se considera tanto como indicador de calidad como indicador que nos permite valorar la saturación del Servicio de Urgencias ^{55, 56}.

La **presión de Urgencias** es un indicador que se utiliza para medir la calidad asistencial del SUH, y se considera que no debe superar el valor estándar de 55% para procurar una disponibilidad adecuada en cuanto a la actividad programada del hospital ¹⁵⁴. En el documento "*Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado elaborado por el Ministerio de Sanidad y Consumo*", en el apartado que hace referencia a los Indicadores Hospitalarios y su evolución desde el año 2000 al 2005, muestra que la Presión de Urgencias media a nivel nacional se sitúa en torno al 61% ¹⁷⁰. En nuestro caso, y excluyendo las áreas de Ginecología y Pediatría, obtenemos un valor medio del 46% (por debajo del valor del estándar recomendado). Este valor mantenido de forma continuada a lo largo del periodo estudiado, así como su tendencia a normalizarse e incluso a disminuir, permite aumentar la capacidad del hospital para realizar actividad programada, fundamentalmente la quirúrgica.

INDICADORES ASISTENCIALES (AMERICAN COLLEGE OF EMERGENCY PHYSICIANS)

El **Pico Mensual de Carga de Trabajo (PMCT)** representa el número máximo de pacientes que se asisten mensualmente en un SUH. Se considera que es el 10% de las visitas totales durante el periodo de un año. Del cálculo de la carga mensual de trabajo se deduce que a lo largo de los 10 años estudiados fue el mes de agosto el que mayor solicitud de demanda asistencial generó. Sin embargo, en ningún momento se superó el 10% establecido como máximo en un mes. De hecho, el valor medio alcanzado fue de un 8'13%.

En la valoración de la **Media Diaria del Pico Mensual de Carga de Trabajo**, por el que se determina el número medio de pacientes que se atienden en el mes de máxima demanda asistencial, observamos datos equivalentes a los mostrados con el PMCT, es decir, no se objetiva que se haya superado el valor máximo establecido para este indicador.

El *Pico diario de carga de Trabajo (PDCT)* y el *pico de carga de trabajo (pdct)*, muestran resultados equivalentes a los descritos con este tipo de indicadores asistenciales.

Por tanto, la valoración de estos indicadores tanto de forma global como analizando las diferentes áreas asistenciales, muestran un aumento o descenso progresivo (según el área analizada) a lo largo del periodo estudiado (dato que está en relación con el incremento de la demanda asistencial en su análisis global y el descenso/estabilización en el caso del área de generales). Sin embargo, no se objetiva que haya superado en ningún momento el valor máximo establecido por estos indicadores.

La carga asistencial del Servicio de Urgencias se valora de forma adecuada utilizando indicadores como el PMCT, PDCT y el pdct, que nos informan sobre los picos máximos asistenciales por mes, día y turno respectivamente, ya que como hemos visto, la demanda asistencial de un SUH es irregular además de, por el carácter agudo de los procesos que atiende, imprevisible. El conocimiento de estos indicadores asistenciales permite la planificación de necesidades estructurales y de recursos humanos del Servicio de Urgencias. Estos parámetros mejoran el concepto de urgencias asistidas, que si bien reflejan el volumen asistencial, no consideran la intensidad de los servicios administrados, es decir, la complejidad de los pacientes asistidos ⁵⁷.

NÚMERO DE FACULTATIVOS NECESARIOS

Para un adecuado funcionamiento de un SUH es necesario que los recursos humanos y estructurales sean proporcionalmente adecuados a la demanda asistencial y al crecimiento de la misma. Es por ello, que se hace necesario una planificación, sobre todo de los recursos humanos, en función de la demanda horaria media como indicador de saturación en urgencias, potenciando y aumentando el número de profesionales especialmente en los horarios y periodos de mayor demanda asistencial, con una cierta flexibilidad para adaptarlos a unas necesidades cambiantes y cíclicas. Una ordenación eficiente de los profesionales disminuiría los tiempos de espera en horas y días punta.

La organización funcional del SUH ha de ajustarse teniendo en cuenta principalmente la evolución de la demanda asistencial de los últimos años, el comportamiento de la frecuentación tanto anual como semanal e intradiaria, las posibilidades cada vez más crecientes de absentismo laboral, y la necesidad de dar cobertura al 100% en periodos vacacionales y la legislación vigente en el momento actual.

El número de médicos mínimo a tiempo completo necesarios para realizar un cobertura de la actividad asistencial completa, sería de 30 facultativos distribuidos de la siguiente manera:

- 10-11 médicos en horario matutino:
 - ✓ 3-4 en el área de boxes.
 - ✓ 3 en el área de traumatología.
 - ✓ 2 en el área de consultas.
 - ✓ 1 en el área de Observación.
 - ✓ 1 para dar asistencia a pacientes críticos y apoyo en triaje.
- 8 facultativos en horario de tarde:
 - ✓ 3 en el área de boxes.
 - ✓ 2 en el área de traumatología.
 - ✓ 2 en el área de consultas
 - ✓ 1 para dar asistencia a pacientes críticos y apoyo en triaje.
- 4 en horario nocturno que se distribuyen por las áreas según las necesidades.

En esta distribución en horario matutino los 10-11 médicos desarrollarían su actividad en jornada ordinaria; durante la tarde, de los ocho médicos 4 están de guardia y los otros 4 realizarán este turno como jornada ordinaria y por tanto, según la regulación legal deberían ser incentivados de forma económica o con descansos. En horario nocturno continúan los 4 facultativos que estaban desempeñando su jornada complementaria.

Este tipo de distribución sería conveniente adaptarla a las variaciones intradiarias, de manera que cuatro de los facultativos desempeñaran su actividad de 11:00 – 18:00 horas, consiguiendo con ello dar cobertura a los picos matutino y vespertino habituales en el SUH.

Finalmente, y dado que el periodo estival es uno de los de mayor afluencia de usuarios, sería preciso realizar contratos temporales durante este periodo para dar sustitución a vacaciones y cobertura total al SUH. Otra posibilidad es sobredimensionar el SUH con un número de facultativos superior al indicado previamente con el fin de dar autocobertura en periodos vacacionales, absentismo por enfermedad... y evitar con ello contratos precarios y temporales.

TRASLADOS A CENTROS CONCERTADOS CON SACYL

Las características de la población de la provincia de León, así como su envejecimiento progresivo, la alta prevalencia de enfermedades crónicas, la pluripatología de la mayoría de los pacientes... determina que nuestro centro hospitalario debería contar con un área de hospitalización que garantizara la atención de los pacientes crónicos. Sin embargo, por cuestiones principalmente de infraestructura, este tipo de pacientes son derivados y atendidos en Centros Sanitarios Privados concertados con SACYL, con el objetivo fundamental de garantizar una atención integral y de calidad a este tipo de pacientes. Para ello cuentan con unidades de convalecencia, rehabilitación, de media y larga estancia, cuidados paliativos... Ciertamente este tipo de centros permite la continuidad de la asistencia de pacientes crónicos y favorece mayor movilidad de usuarios en el propio Centro Hospitalario facilitando la asistencia sanitaria a pacientes agudos y subagudos, y el desarrollo de la actividad programada incluyendo la actividad quirúrgica.

Este tipo de centros nos permite derivar un 20% de nuestros ingresos (asumiendo el CAULE el 75%), lo cual permite reorganizar las camas de las diferentes unidades de hospitalización para facilitar la realización de la actividad programada y la actividad quirúrgica, y así alcanzar los objetivos planteados por la Consejería de Sanidad en su política de salud, contribuyendo de forma activa en la consecución de las líneas de trabajo establecidas.

8. PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN Y MEJORA

A la vista de los resultados de este trabajo, se pueden plantear varias medidas para aumentar la efectividad, eficiencia y calidad del proceso asistencial:

- I. Medidas sobre el proceso asistencial:
 - 1) Planificación integral de la Atención Urgente, anticipándose a los problemas. La creación y definición de un Sistema Integral de Urgencias que ayude a una mayor integración.

- 2) Presencia de una figura responsable en el SUH con un perfil de autoridad entre facultativos y enfermería tanto porque tienen entidad en si mismos como por el volumen asistencial que soportan.
- 3) Promoción de una imagen de competencia técnica de los profesionales de urgencias.
- 4) Potenciar la atención extrahospitalaria fundamentalmente en el nivel de Atención Primaria. Ubicar un Punto de Atención Continuada de Atención Primaria en el Centro Hospitalario donde, tras un triaje de selección, se derivarán a Atención Primaria los pacientes que no presentan patología urgente real.
- 5) Dotar a Centros de Salud de referencia de medios técnicos básicos como analítica básica y radiología las 24 horas del día.
- 6) Posibilitar la comunicación directa entre Atención Primaria y las diferentes especialidades para consultas inmediatas.
- 7) Reordenación de los recursos del SUH: remodelación física, tecnológica y funcional.
- 8) Integración y coordinación de los recursos y equipamientos humanos. La alta movilidad del personal genera problemas de organización y continuidad de los proyectos organizativos en el Servicio.
- 9) Un correcto funcionamiento de los Sistemas de Información con elaboración de cuadros de mando puntuales y objetivos sirven para ejercer como verdaderos zahoríes de situaciones que deben ser corregidas.
- 10) Tener una visión integral del proceso de urgencias.
- 11) Restructuración física del Servicio de Urgencias.
- 12) Informatización del SUH para incorporar la gestión clínica a la gestión administrativa.
- 13) Mejorar la competencia técnica mediante promoción del conocimiento a través de cursos y guías de práctica clínica así como renovación de equipos de alta tecnología.
- 14) Definir un plan de formación que contemple tanto el reciclaje como la formación de los futuros profesionales.
- 15) Dotación adecuada a la demanda tanto de recursos humanos como materiales.
- 16) Diseño de un sistema de gestión de las actividades del SUH.

17) Tener conocimiento profundo de la realidad de la actividad asistencial del Servicio de Urgencias basándose en un estudio pormenorizado de la misma.

18) Reorganización de la jornada laboral para adecuarla a la demanda asistencial.

II. Medidas sobre la población, pacientes / usuarios:

1) Mejorar la Educación Sanitaria en relación con los Servicios de Urgencias: Charlas, talleres... en Centros de Salud y/o Centros Socio-Sanitarios.

2) Modificar dinámicas de la población y los sistemas de información:

a. En el Servicio de Urgencias no se adelantan las citas con los especialistas.

b. En el Servicio de Urgencias no se realizan determinadas pruebas complementarias.

c. En el Servicio de Urgencias no se deben consultar patologías que puede resolver su Médico de Familia.

d. En caso de duda, antes de utilizar un SUH debería llamar al 112.

VI. CONCLUSIONES

1. En la afluencia global no se observaron diferencias en cuanto al sexo, si bien es cierto que el género masculino domina en la infancia, y en la segunda y tercera década predomina el género femenino.
2. La demanda asistencial aumentó progresivamente a lo largo de los años. Este incremento ha tenido lugar principalmente a expensas de un crecimiento progresivo de áreas como traumatología y pediatría, con descenso y estabilización en los últimos años en la frecuentación del área de generales.
3. En cuanto a la solicitud de atención Sanitaria en el SUH se concluye que:
 - Tiene un comportamiento discontinuo a lo largo del día, con tres franjas horarias bien definidas en la curva de distribución horaria.
 - La mayor frecuentación, de forma general, tuvo lugar en turno de tarde seguido del turno de mañana.
 - Los lunes y viernes son los días de la semana con mayor afluencia de pacientes al Servicio de Urgencias.
 - Los meses estivales son los que poseen una mayor demanda de asistencia sanitaria.
4. Los ingresos hospitalarios se realizan en aquellas plantas de hospitalización relacionadas con los procesos asistenciales que generan mayor demanda: pacientes pluripatológicos, con enfermedades crónicas y patología traumática.
5. Los accidentes de tráfico y laborales no han sufrido variabilidad interanual en el periodo analizado.
6. En relación con los diferentes indicadores asistenciales, el SUH se mantenido con valores establecidos como estándares de calidad, cumpliendo con ello los objetivos asistenciales de calidad.
7. Existe una disociación entre la disposición de recursos humanos y la distribución de la frecuentación, motivo por el cual es preciso reorganizar los recursos humanos acomodándolos a la distribución de la demanda para disminuir los tiempos de espera en horas y días punta.
8. El conocimiento de la situación, de las características del entorno y de las peculiaridades de los pacientes que acuden a urgencias facilitan la toma de decisiones encaminadas a resolver problemas de saturación y elevar la calidad de la asistencia prestada.

ANEXOS

ANEXO I. PROTOCOLO DE ADECUACION DE URGENCIAS HOSPITALARIAS (PAUH)

CRITERIOS DE GRAVEDAD	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pérdida de conciencia, desorientación, coma, insensibilidad (brusca o muy reciente). 2. Pérdida brusca de visión o audición. 3. Pérdida brusca de la capacidad funcional de cualquier parte del cuerpo. 4. Alteración del pulso (<50 />140 lpm) y arritmias. 5. Alteración de la presión arterial (sistólica <90 />200 mmHg; diastólica <60 />120 mmHg). 6. Alteración de electrolitos o gases sanguíneos (no considerar pacientes con alteraciones crónicas de estos parámetros: insuficiencia renal crónica, insuficiencia respiratoria crónica...) 7. Fiebre persistente (>5 días) no controlada con tratamiento en AP. 8. Hemorragia activa (hematemesis, epistaxis, melenas...). Se excluyen heridas superficiales y hematoquecia leve.
CRITERIOS DE TRATAMIENTO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Administración de medicación o fluidos por vía intravenosa. No incluye mantenimiento de vía. 2. Administración de Oxígeno. 3. Colocación de yesos. Se excluyen vendajes. 4. Intervención /procedimiento realizado en quirófano.
CRITERIOS DE INTENSIDAD DIAGNÓSTICA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitorización de signos vitales o toma de constantes cada 2 horas. 2. Radiología de cualquier tipo. 3. Pruebas de laboratorio. Se excluye la glucemia capilar. 4. Electrocardiograma (excepto cardiopatía crónica que acude por problemas no relacionados con la cardiopatía)
OTROS CRITERIOS	<ol style="list-style-type: none"> 1. El paciente está más de 12 horas en el SUH. 2. El paciente es ingresado en el hospital o trasladado a otro hospital. 3. El paciente fallece en el SUH. 4. El paciente remitido por su médico se considera (especificar)
CRITERIOS SOLO APLICABLES A PACIENTES QUE ACUDEN ESPONTANEAMENTE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Proviene de un accidente (tráfico, laboral, en lugar público...) y hay que evaluar al paciente. 2. Síntomas que sugieren urgencia vital: dolor torácico, disnea brusca, tiraje, dolor abdominal agudo. 3. Cuadro conocido por el paciente y que habitualmente requiere ingreso. 4. Al paciente le ha dicho el médico que acuda a urgencias si se presenta el síntoma. 5. Requiere atención médica primaria con rapidez y el hospital es el centro más cercano. 6. Otros: en pacientes espontáneos (especificar)

ANEXO II. PROTOCOLO DE ADECUACIÓN DE URGENCIAS HOSPITALARIAS MODIFICADO (PAUHM)

CRITERIOS DE GRAVEDAD	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pérdida de conciencia, desorientación, coma, insensibilidad (brusca o muy reciente). 2. Pérdida brusca de visión, audición o alteración en la articulación y/o compresión del lenguaje) 3. Pérdida brusca de la capacidad funcional de cualquier parte del cuerpo incluidas las acontecidas de forma transitoria (<72 horas) 4. Alteración del pulso (<50 />140 lpm), excluir deportistas y tratados con fármacos que disminuyen la frecuencia cardiaca, así como arritmias salvo fibrilación auricular conocida con motivo de consulta diferente a inestabilidad cardiorrespiratoria. 5. Alteración de la presión arterial (sistólica <90 />200 mmHg; diastólica <60 />120 mmHg). Excluir cuando se conoce el diagnóstico de hipotensión arterial y el motivo de consulta no esta relacionado con labilidad hemodinámica. 6. Frecuencia respiratoria >30 o <10. 7. Signos de mala perfusión cutánea: sudoración, frialdad, cianosis, livideces. 8. Alteración de electrolitos o gases sanguíneos (no considerar pacientes con alteraciones crónicas de estos parámetros: insuficiencia renal crónica, insuficiencia respiratoria crónica...) 9. Fiebre persistente (>5 días) no controlada con tratamiento en AP. 10. Hemorragia activa (hematemesis, epistaxis, melenas...). Se excluyen heridas superficiales y hematoquecia leve.
CRITERIOS DE TRATAMIENTO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Administración de medicación o fluidos por vía intravenosa. No incluye medicación oral, rectal, intramuscular o subcutánea. (excluidos la administración puntual de medicación intravenosa sin necesidad de fluidoterapia o vigilancia posterior) 2. Administración de O2. Se excluyen pacientes con oxigenoterapia crónica domiciliaria que acuden por motivo diferente. 3. Colocación de yesos. Se excluyen vendajes. 4. Intervención /procedimiento realizado en quirófano (excepto intervenciones realizadas en la sala de curas, sin requerir anestesia general o regional o de materiales disponibles solo a nivel hospitalario).
CRITERIOS DE INTENSIDAD DIAGNÓSTICA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitorización de signos vitales o toma de constantes cada 2 horas. 2. Radiología de cualquier tipo. Para la radiología simple solo se considera criterio si se justifica en la Historia clínica de urgencias y no está disponible en su centro de salud. 3. Pruebas de laboratorio. Se excluyen la glucemia capilar, orina elemental y test de embarazo (salvo sospecha de embarazo ectópico). 4. La realización de ECG solo se considerará criterio si procede de aviso domiciliario y está clara su indicación.
OTROS CRITERIOS	<ol style="list-style-type: none"> 1. El paciente está más de 12 horas en el SUH. 2. El paciente es ingresado en el hospital, traslado a otro hospital, solicita alta voluntaria o fallece. 3. El paciente remitido por su médico se considera "urgencia adecuada" (sin implicar "derivación adecuada").

CRITERIOS SOLO APLICABLES A PACIENTES QUE ACUDEN ESPONTANEAMENTE	<ol style="list-style-type: none">1. Proviene de un accidente (tráfico, laboral, en lugar público...) y hay que evaluar al paciente.2. Síntomas que sugieren urgencia vital: dolor torácico, disnea brusca, tiraje, dolor abdominal agudo.3. Cuadro conocido por el paciente y que habitualmente requiere ingreso.4. Al paciente le ha dicho el médico que acuda a urgencias si se presenta el síntoma.5. Requiere atención médica primaria con rapidez y el hospital es el centro más cercano.6. Otros: para aquellos casos adecuados para el entrevistador pero no encaja en otro apartado. Deberá argumentarlo.
---	---

El cumplimiento de un solo criterio de cualquiera de los apartados identificaría la visita a urgencias como adecuada, mientras que aquellos casos que no cumplieran ningún criterio se considerarían inadecuados.

ANEXO III. FUNCIONES DEL MEDICO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS (REAL DECRETO 866/2001 DE 20 DE JULIO)

El notable incremento del número de urgencias atendidas en los últimos años hace preciso dotar a los hospitales de personal médico específico cuya actividad se desarrolle únicamente en este ámbito. Las funciones específicas establecidas para los Médicos de Urgencia Hospitalaria en el Real Decreto mencionado son:

1. Prestar asistencia sanitaria a todos los pacientes que acudan al SUH, con los medios disponibles a su alcance, colaborando con el resto de los servicios hospitalarios en la atención de la urgencia.
2. 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.
3. Dar el alta al paciente desde el SUH una vez atendido y con el informe clínico correspondiente.
4. 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.
5. Decidir y organizar, en condiciones idóneas, el traslado de los pacientes que lo precisen, desde el SUH a otros hospitales con mayor cartera de servicios o cuando las circunstancias asistenciales lo aconsejen.
6. Hacer los informes establecidos por la normativa legal vigente, en los casos que corresponda.
7. Supervisar el desarrollo del proceso asistencial y formativo del personal a su cargo.
8. Gestionar adecuadamente los recursos asignados en aras de una mayor efectividad y eficiencia.
9. Participar en el desarrollo y mantenimiento de los sistemas de información del centro y los relacionados con su actividad.
10. Participar en los programas de investigación, en el plan de formación y en las actividades de mejora de la calidad propias de su especialidad.
11. Cooperación y coordinación con el resto de los dispositivos de atención a la asistencia sanitaria urgente.

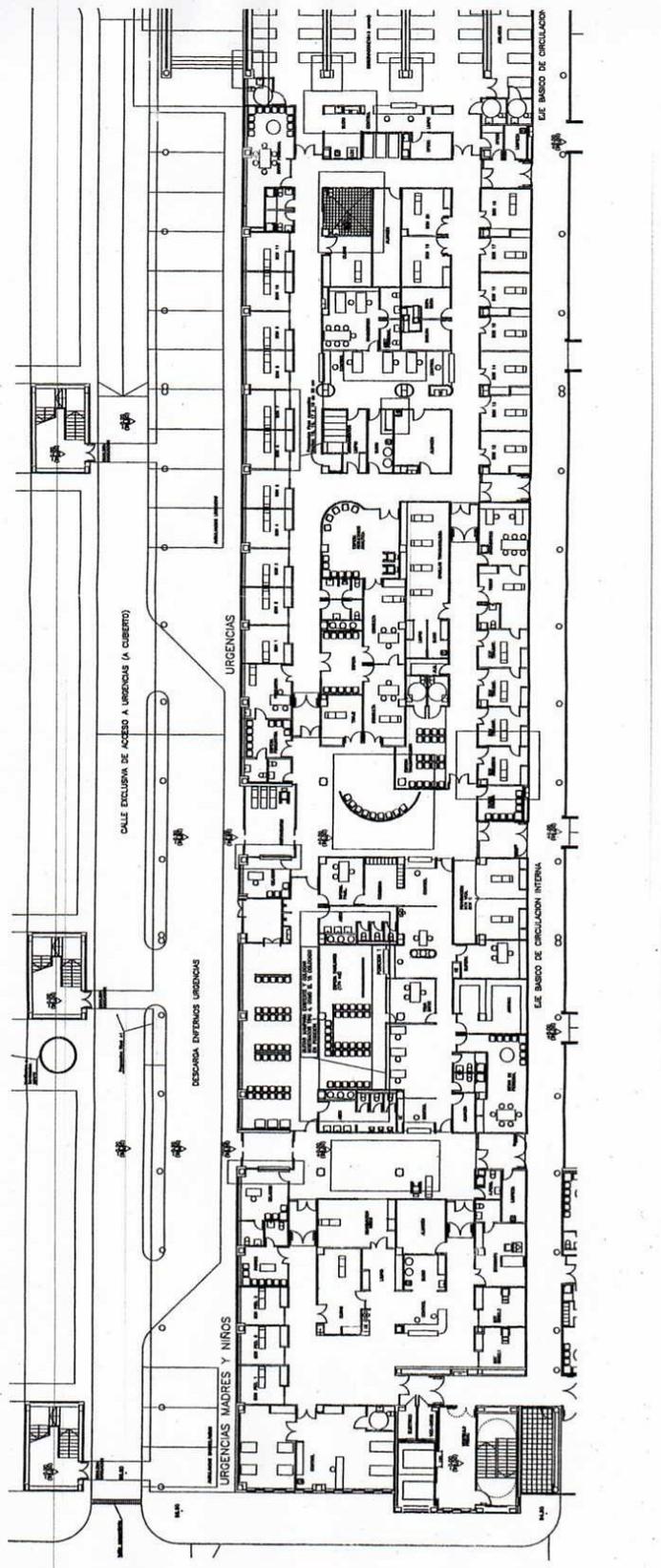
ANEXO IV. ÁREAS DE SALUD DE LA COMUNIDAD DE CASTILLA Y LEÓN

La Comunidad Autónoma Castellano – Leonesa la conforman once Áreas de Salud, divididas cada una de ellas en un número variable de Zonas Básicas de Salud.

- Área de Salud de León.
- Área de Salud de Bierzo.
- Área de Salud de Palencia.
- Área de Salud de Zamora.
- Área de Salud de Salamanca.
- Área de Salud de Burgos.
- Área de Salud de Soria.
- Área de Salud de Segovia.
- Área de Salud de Avila.
- Área de Salud de Valladolid Oeste.
- Área de Salud de Valladolid Este.



ANEXO V. PLANO DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL CAULE



ANEXO VI. ESTRUCTURA FÍSICA DEL SUH DEL CAULE.

A. ACCESO DE VEHÍCULOS Y PEATONES

Acceso independiente y unidireccional de vehículos al SUH.

Existe una adecuada señalización e iluminación, tanto en los alrededores del centro, para asegurar la rápida llegada de pacientes a la puerta de urgencias, como en su interior, para asegurar que la circulación de personas, pacientes y acompañantes distorsione lo menos posible. A su vez, dispone de puertas de entrada al Servicio, que igualmente sirven de salida del mismo, aunque por los circuitos disponibles existen más opciones de salida.

Es en la zona de la puerta de entrada se ubican camillas y sillas para facilitar la entrada y salida de pacientes.

B. ÁREA DE ADMISIÓN

Área de Admisión exclusiva para usuarios del Servicio de Urgencias.

Dispone de dos puertas de entrada para facilitar la entrada de pacientes (ya sean adultos, niños o mujeres con problemas obstétrico / ginecológicos) y cuenta con todas las facilidades para que de forma rápida y efectiva se proceda al registro del paciente.

La identificación del paciente la realiza el personal administrativo accediendo, en un principio, a la base de datos del Centro para saber si ya se dispone de sus datos básicos. En caso de que esto no sea así, será necesario abrir un primer registro.

El registro básico de la admisión urgente consta de:

1. Datos personales del paciente: nombre, apellidos, fecha de nacimiento, domicilio y procedencia, número de DNI y el de filiación a la Seguridad Social o entidad aseguradora.
2. Datos relativos al circuito de urgencias donde se atiende al paciente y a la ubicación del mismo, así como la fecha y hora de llegada.
3. Datos necesarios para la facturación del servicio a un tercero.
4. Al finalizar la asistencia sanitaria, se registra el diagnóstico y destino final del paciente (ingreso, alta a domicilio, traslado a otro Centro Hospitalario, exitus, alta voluntaria...)

En esta área también se encuentra una sala de espera de familiares, con aseos, teléfono, fuente de agua, y máquinas dispensadoras de café, bebidas, alimentos...

C. ÁREA DE TRIAJE

Zona donde se realiza la clasificación de pacientes en función de criterios de gravedad, y se procede a su ubicación en el área en que se debe practicar la asistencia propiamente dicha. Constituye un elemento fundamental e inexcusable a fin de identificar los casos con mayor riesgo y facilitar que sean atendidos sin demora. Es por ello que actualmente se está instaurando el Sistema Español de Triage (sistema informatizado con el programa web_e-PAT), que realiza personal de enfermería aplicando una sistemática y criterios objetivos preestablecidos.

Se encuentra adyacente a la puerta de entrada, y está dotada de mostrador así como consulta anexa para la realización de determinadas pruebas / preguntas, con el fin de respetar la intimidad del paciente.

Dispone de conexión telefónica con el resto de áreas tanto del Servicio de Urgencias como del resto del Complejo Hospitalario, y también de pulsador de emergencia para activar al equipo de reanimación cuando sea preciso.

D. ÁREA DE BOXES O DE UNIDADES BÁSICAS PARA ACTIVIDAD ASISTENCIAL

Existen 20 boxes preparados de forma adecuada para la asistencia integral del paciente, así como un control central de enfermería. En caso de mayor afluencia o demora en la salida de pacientes, se puede aumentar hasta 29 el número de camillas a utilizar, pues de los boxes citados existen nueve con posibilidad de admitir dos camillas.

Cada box dispone de los diferentes elementos necesarios para su uso:

- Camilla: (Una o dos en función de las necesidades) cuentan al menos con cabecero articulado, sistema de Trendelemburg y antitrendelemburg, altura variable, barandillas de protección abatibles y lecho permeable a rayos X.
- Portasueros.
- Iluminación adecuada e iluminación de emergencias.
- Esfigmomanómetro.
- Tomas de gases y vacío.
- Tomas eléctricas y pulsador para solicitar la presencia de personal sanitario.
- Armario, estantería, lavabo, papelera.
- Ropa de cama: sábanas, mantas.
- Silla para familiar.

E. ÁREA DE TRAUMATOLOGÍA

En esta área se valoran pacientes con patología de tipo traumatólogica, vascular, maxilofacial, neuroquirúrgica y de cirugía menor. Está constituida por:

- Sala de espera y aseos.
- Cinco consultas con comunicación interior entre ellas y puertas externas de acceso para el usuario. Estas consultas están orientadas a la valoración y resolución de los pacientes, y disponen a su vez de zonas concretas:
 - Sala curas y suturas.
 - Sala de yesos.
 - Sala para cirugía menor.
- Zona adyacente con cinco camillas para la valoración de pacientes que precisen estar encamados.
- Sala de Diagnóstico donde se ubica el personal sanitario asignado a esta área.
- Material necesario para satisfacer las demandas propias de esta área.

F. ÁREA DE CONSULTA

Hay dos consultas, cada una de ellas dotada de sillas y mesa para la adecuada realización de la anamnesis del paciente. A su vez se dispone de camilla, esfigmomanómetro, electrocardiógrafo, tomas de gases y vacío, tomas eléctricas, armario, estantería, lavabo, ropa de cama, material fungible y terapéutico útil en estas áreas.

De forma anexa existe un control de enfermería asignado tanto a estas dos consultas como al box de ORL y Oftalmología, y a la consulta de Psiquiatría.

G. BOX DE VALORACIÓN DE OFTALMOLOGÍA Y OTORRINOLARINGOLOGÍA

Box con sillón y material específico para la adecuada valoración y tratamiento de pacientes con patología oftalmológica u otorrinolaringológica.

Al igual que el resto de boxes o salas, también dispone de estanterías, armario y lavabo.

H. CONSULTA DE PSIQUIATRÍA

Consulta específica para la valoración de pacientes psiquiátricos. Dispone de sala de espera y aseos, así como una consulta con equipamiento completo para la valoración de pacientes con patología psiquiátrica.

I. ÁREA DE OBSERVACIÓN

Área destinada a alojar pacientes que previsiblemente han de permanecer un máximo de 24 horas en el Servicio de Urgencias y cuyo objetivo es el control de la evolución de la patología que motivo la asistencia (ya sea para determinar diagnósticos, valorar respuesta a tratamientos o descartar la aparición de ciertas complicaciones). No se trata de un área de hospitalización o prehospitalización. Dispone de:

- Doce camas y doce mesas para ubicar los efectos personales.
- Adyacente a cada cama hay un sillón reclinable para posible acompañante.
- Aseos.
- Control para personal sanitario.
- Carro de paradas.
- Electrocardiógrafo.
- Sala de material fungible y medicación.
- Estanterías y armarios.
- Ropa de cama.
- Sala independiente denominada Box de Aislados, de utilidad para pacientes que por su patología no deben permanecer en zonas comunes.

J. BOX DE PACIENTES CRÍTICOS

Área destinada exclusivamente a la atención inmediata e intensiva de los pacientes que llegan al Servicio de Urgencias en situación de compromiso vital.

Esta área está dotada de equipos tecnológicos (monitores, ventiladores mecánicos, bombas de infusión, material fungible, camillas especiales...) imprescindibles en el manejo del paciente crítico. Dispone a su vez de suficiente espacio para permitir a los profesionales desenvolverse de forma simultánea.

K. SERVICIOS DE APOYO

- 1) Servicio de Radiodiagnóstico.
- 2) Laboratorio: Servicios de Hematología y Banco de Sangre, Análisis clínicos, Microbiología.

L. ÁREAS AUXILIARES

DESPACHOS

- Despacho de Coordinador/a del Servicio de Urgencias.
- Despacho de Supervisor/a de Enfermería del Servicio de Urgencias

SALAS DE ESPERA

1. Área de Admisión.
2. Área de Traumatología.
3. Área de Consultas y box de ORL y Oftalmología.
4. Consulta de Psiquiatría.

SALAS DE ESTAR

1. Próxima a la entrada de Urgencias y utilizada habitualmente por Celadores.
2. Próxima al área de Observación y usada habitualmente por el Personal Sanitario del Servicio.

SALA DE INFORMACIÓN

Situada próxima al área de Triage.

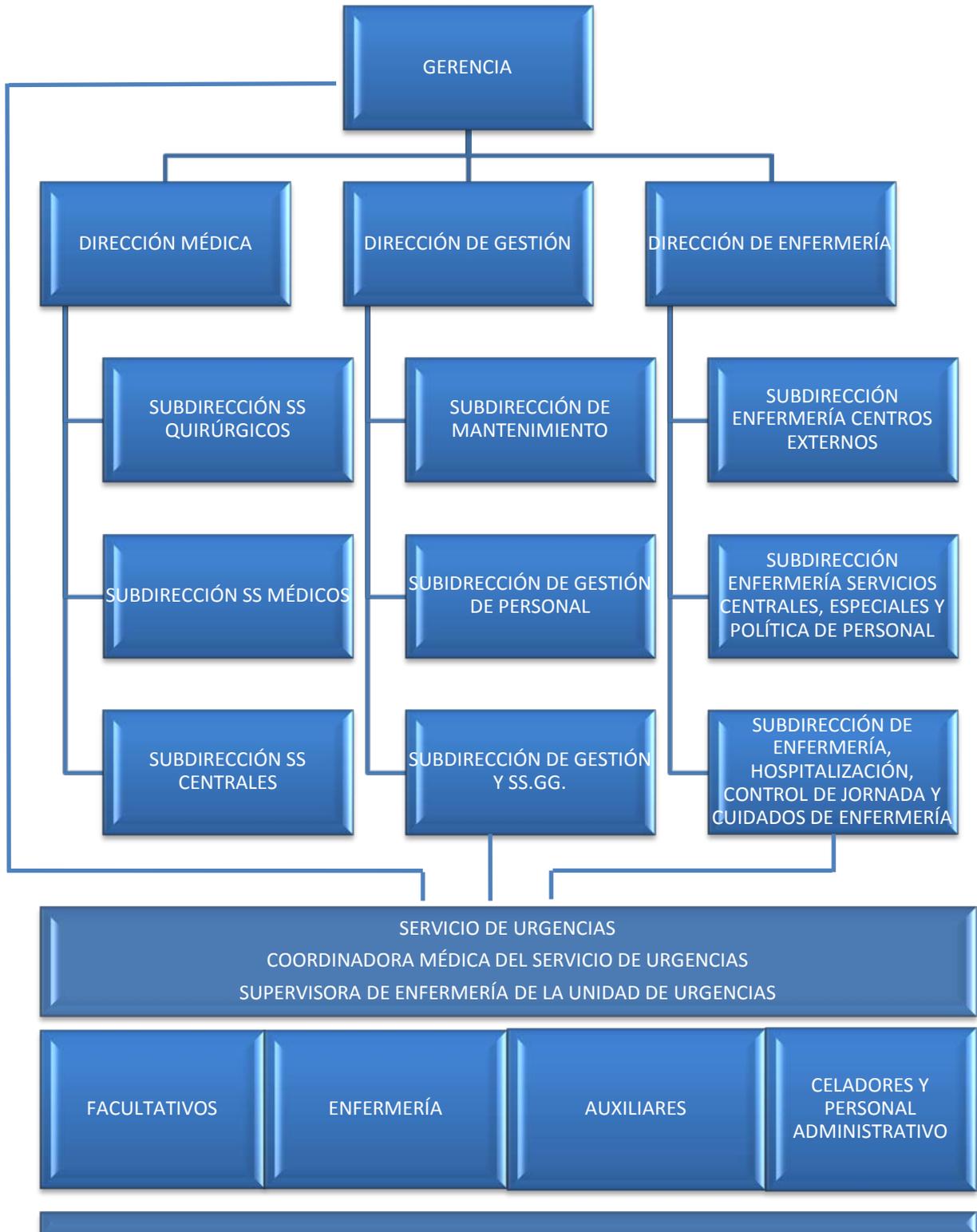
HABITACIONES

Actualmente se dispone de cuatro habitaciones para descanso del personal facultativo. Cada habitación dispone de cuarto de baño, cama, mesa y silla.

M. OTROS

1. Espacios específicos para almacén de material sanitario.
2. Espacios específicos para material de limpieza.
3. Espacios específicos para fármacos.

ANEXO VII. ORGANIGRAMA DEL SUH DEL CAULE



ANEXO VIII. FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES DE LOS DIFERENTES MIEMBROS DEL SUH DEL CAULE.

I. COORDINADOR/A MÉDICO/A DEL SERVICIO DE URGENCIAS

Es el responsable del correcto funcionamiento del Servicio y de la actividad del personal adscrito al mismo, así como de la custodia y utilización adecuada de los recursos materiales asignados.

OBJETIVO

Asegurar la calidad de la Asistencia prestada en el Servicio, dirigir y coordinar al equipo asistencial, favoreciendo la formación del personal a su cargo.

Es el responsable del adecuado funcionamiento del Servicio por lo que ha de organizar, planificar, dirigir, coordinar, informar, evaluar y controlar el servicio.

LÍNEA JERÁRQUICA

Será nombrado por el Director – Gerente a propuesta de la Dirección Médica, preferentemente con experiencia contrastada en Urgencias Hospitalarias durante al menos tres años.

Ostenta la Jefatura de todo el Personal Médico del Servicio y dependen de él los MUH de la plantilla de Urgencias así como todos aquellos médicos que desarrollen labor asistencial en el Servicio de Urgencias.

Depende de la Gerencia.

FUNCIONES

1. GESTIÓN ADMINISTRATIVA

- Establece normativas internas y sistemas de asistencia médica de urgencias, encaminados a conseguir la máxima eficiencia en la prestación de la asistencia.
- Debe conocer, cumplir y hacer cumplir las normas de funcionamiento del Hospital.
- Ha de atender las recomendaciones y observar el cumplimiento de las órdenes recibidas de la Dirección Médica.

- Notificará a la Dirección Médica, según los casos, las irregularidades y transmitirá las quejas que recibe en el desempeño de su misión.
- Es responsable de la integración funcional de todos los profesionales que desarrollan cualquier actividad dentro del Servicio, en base a la normativa interna.
- Facilitará la coordinación de su personal con el resto del Hospital, siendo el responsable de las relaciones del Servicio con otras Unidades del Centro Hospitalario y con otros Estamentos Extrahospitalarios.
- Establecerá los horarios a seguir por su personal en función de la normativa laboral y de las necesidades asistenciales.
- Planifica, organiza y dirige el funcionamiento diario del personal del Servicio, de acuerdo a las normas establecidas:
 - ✓ En función del promedio de urgencias recibidas por turno y día, planifica las cargas de trabajo de su equipo.
 - ✓ Fundamenta cronología de tareas.
 - ✓ Requiere personal asistencial siempre que estime necesario
- Confecciona la programación de turnos de acuerdo a las normas establecidas:
 - ✓ Elabora la planilla mensual.
 - ✓ Realiza las modificaciones necesarias y las comunica al responsable de recursos humanos.
 - ✓ Comunica a la persona interesada las alteraciones posibles dentro de su planilla establecida.
 - ✓ Verifica el cumplimiento de la jornada laboral.
 - ✓ Se responsabiliza de la cobertura de todos los turnos.
 - ✓ Comprueba, informa y tramita las solicitudes de permisos.
 - ✓ Controla el absentismo del personal a su cargo.
 - ✓ Notifica cualquier tipo de incidencia dentro de la programación implantada.
 - ✓ Comprueba que los turnos sean justos y equilibrados.
 - ✓ Conoce, verifica y hace cumplir la normativa laboral vigente.
- Elaboración de objetivos:
 - ✓ Informa de los objetivos propuestos por la Dirección y verifica su debido cumplimiento.
 - ✓ Colabora con el personal médico en el establecimiento de los objetivos del Servicio. Los transmite y pacta con la Dirección.
 - ✓ Evalúa su desempeño y desarrollo.

- ✓ Facilita y apoya el cumplimiento de objetivos del resto de componentes del equipo.
- Establece comunicación con:
 - ✓ El Personal del Servicio.
 - ✓ La Dirección Médica.
 - ✓ Supervisora del Servicio.
 - ✓ Otros miembros del equipo.
 - ✓ Jefes de otros Servicios.
 - ✓ Grupos de trabajo interdisciplinarios del Hospital.
 - ✓ Responsable de calidad.
 - ✓ Responsable de formación continuada.
- Solicita y Controla:
 - ✓ Aparatos (TA, monitores...)
 - ✓ Utillaje (camillas, sillas de ruedas...)
 - ✓ Mobiliario.
 - ✓ Reparaciones necesarias.
 - ✓ Plan de necesidades anual.
- Participa en las reuniones que por razón de su cargo le obliguen.
- Cumplimenta periódicamente los informes requeridos por la Dirección.
- Detecta y comunica a quien corresponda, cualquier anomalía del Servicio.
- Responde o tramita las Reclamaciones correspondientes al personal del Servicio.
- Comunica y tramita los accidentes laborales del personal a su cargo.

2. GESTIÓN ASISTENCIAL

- Estudia y propone medidas encaminadas a mejorar la asistencia de la especialidad.
- Controlará la actividad asistencial, midiendo las desviaciones que se puedan producir, análisis de las causas y formulación de las propuestas para su corrección.
- Será responsable de la estadística del Servicio y de la fijación de objetivos.
- Responderá del cumplimiento de las funciones encomendadas al personal que él dirige.
- Coordina la participación de los miembros de su equipo para la fijación anual de los objetivos y los mecanismos de consecución.
- Reunirá periódicamente a los miembros del Servicio, con fines de coordinación, información y motivación para la consecución de los objetivos establecidos.

- Será responsable de la gestión de acciones formativas del personal a su cargo (sesiones, cursos, congresos, reciclajes)
- Será responsable de los planes de investigación y organizará y dirigirá las actividades científicas del Servicio.
- Gestiona racionalmente los recursos humanos a su cargo:
 - ✓ Realiza el plan de trabajo.
 - ✓ Distribuye de forma racional las cargas de trabajo.
 - ✓ Modifica el sistema de trabajo siempre que sea necesario.
- Asegura la asistencia integral y adecuada para cada paciente:
 - ✓ Comprueba que el personal conoce los procedimientos propios del Servicio y su correcta aplicación.
 - ✓ Participa en el cambio de turno de mañana y tarde para conocer y transmitir las necesidades asistenciales de los distintos pacientes.
 - ✓ Participa en la labor asistencial del Servicio, siempre que lo considere necesario.
- Colabora y promueve la elaboración de:
 - ✓ Protocolos específicos del Servicio.
 - ✓ Diseños de normas y criterios de calidad.
 - ✓ Metodologías de trabajo.
- Evalúa la calidad asistencial del Servicio.
- Establecerá una integración adecuada para la satisfacción del propio individuo y el desempeño de su trabajo:
 - ✓ Promoviendo la participación y reconociendo el trabajo realizado.
 - ✓ Proporcionando formación teórico – práctica.
 - ✓ Facilitando las relaciones interpersonales.
 - ✓ Reconociendo méritos individuales.
 - ✓ Promoviendo la promoción personal.
 - ✓ Intentando solucionar las posibles deficiencias transmitidas por el personal a su cargo.

3. DOCENTE

- Debe mantener un alto y actualizado nivel de formación en el campo de la gestión y en el campo asistencial del Área de Urgencias.
- Acudirá y participará en actividades docentes (cursos, jornadas, sesiones...)

- Colabora en la formación del personal a su cargo:
 - ✓ Acoge y enseña al personal de nuevo ingreso.
 - ✓ Tutoriza y coordina la actividad formativa de los MIR en Urgencias.
 - ✓ Propone programas de formación detectando y priorizando las necesidades de los profesionales del Servicio.
 - ✓ Participa en la elaboración de cursos, seminarios...
 - ✓ Facilita la asistencia a cursos y jornadas del personal médico.
 - ✓ Da a conocer la bibliografía sobre Medicina de Urgencias.

4. INVESTIGACIÓN

- Ha de conocer el método científico para aplicar nuevos procedimientos y técnicas de aplicación médica en urgencias.
- Identifica áreas de Investigación.
- Participa en los trabajos del Servicio y de otros grupos interdisciplinares.
 - ✓ Informa del desarrollo de la investigación y de los resultados obtenidos.
 - ✓ Informa al personal a su cargo de aquellos hallazgos que puedan ser llevados a la práctica.
 - ✓ Evalúa los resultados de la aplicación de los nuevos métodos y técnicas.

II. MÉDICO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

El MUH es el facultativo capacitado para ejercer la Medicina de Urgencias y Emergencias en el ámbito hospitalario. Sus funciones principales son: la asistencia, la docencia, la investigación y la evaluación y mejora continua de cada una de ellas; así como realizar aquellas actividades preventivas encaminadas a disminuir la morbimortalidad de los procesos y situaciones urgentes / emergentes.

FUNCIONES

1. FUNCIÓN ASISTENCIAL

El MUH tiene el cometido de realizar la evaluación inicial de los pacientes que demanden atención urgente / emergente, incluyendo todo el proceso diagnóstico encaminado a confirmar o excluir la patología urgente, el inicio de tratamiento y la decisión del destino del

paciente: alta domiciliaria, remisión o traslado asistido a otro nivel asistencial, o el ingreso hospitalario.

a) El proceso diagnóstico comprende:

- Elaboración de la anamnesis y exploración física. La anamnesis debe ser breve y concisa, y estar dirigida en torno al síntoma o signo motivo de consulta. La exploración física, sin dejar de ser completa, dedicará mayor atención al órgano o sistema presumiblemente afectado.
- La solicitud de exploraciones complementarias imprescindibles para orientar al diagnóstico o iniciar el tratamiento urgente. Debe evitarse la medicina defensiva.
- La realización de técnicas diagnóstica urgentes como por ejemplo la punción lumbar.

b) El proceso terapéutico comprende:

- La instauración de medidas emergentes encaminadas a la corrección del compromiso vital que presente el enfermo (ABC, vía área, ventilación y circulación) hasta conseguir su estabilización.
- El inicio del tratamiento de procesos urgentes vitales (IAM,...) y de urgentes no vitales (cólico nefrítico...) para procurar el mayor bienestar del paciente y el mejor desenlace de su proceso patológico.
- Decidir y organizar, en condiciones idóneas, el traslado de pacientes que lo precisen, desde el Servicio de Urgencias a otro Hospital con mayor cartera de Servicios o cuando las circunstancias asistenciales así lo aconsejen.

c) La toma de decisiones: El médico de urgencias debe asumir el liderazgo en cuanto al destino del paciente, sin menoscabo de la posibilidad de interconsulta con otros especialistas del mismo u otro nivel asistencial en aquellas situaciones en las que se considere pertinente. Para ello es imprescindible que se elaboren protocolos consensuados con los diferentes servicios implicados, en los que se establezcan los criterios de derivación y de ingreso al menos de las patologías urgentes más frecuentes.

El Médico de Urgencias también es el encargado de realizar la observación de la evolución del paciente y de la respuesta terapéutica durante las primeras 24 horas en el área de Observación del Servicio de Urgencias.

Ha de informar al paciente y/o en su caso a los familiares, del proceso clínico, exploraciones complementarias a realizar, tratamiento y actuaciones previstas que afecten a la evolución del proceso.

La interconsulta con especialistas de otras disciplinas es inherente a la medicina de urgencias, dado su carácter multidisciplinario, aunque siempre hay que tener presente que sólo debe realizarse una vez agotadas las posibilidades diagnósticas y terapéuticas urgentes.

2. FUNCIÓN DOCENTE

El Médico de Urgencias es el profesional idóneo para impartir enseñanza en este campo de la medicina. Esta docencia se puede realizar tanto en la etapa de pregrado como en la de postgrado, incluyendo esta última tanto la formación de Médicos Internos Residentes que roten por el SUH, como la formación continuada de médicos de urgencia o profesionales de otras especialidades y otro personal sanitario (enfermería, técnicos en emergencias...) y no sanitario (bomberos, protección civil, fuerzas de seguridad del estado). Es importante resaltar que la función docente debe estar integrada en el quehacer diario del MUH.

A su vez ha de supervisar el desarrollo del proceso asistencial y formativo a su cargo.

- a) Debe procurar actualizar sus conocimientos en el campo de la Medicina de Urgencias:
 - Acudirá y participará en actividades docentes (cursos, jornadas, sesiones...)
 - Identificará las propias necesidades de formación y las del Servicio transmitiéndolas adecuadamente.
 - Colaborará con el Coordinador del Servicio en cuantas actividades de formación sea requerida su participación.
 - Colaborará en la formación de sus propios compañeros y en la de otros miembros del equipo de salud.
- b) Ha de colaborar con la Comisión de Docencia en la formación de los estudiantes y MIR de los diferentes cursos:
 - Adiestrar a los alumnos las tareas, aptitudes y habilidad necesarias para su formación, siguiendo las directrices del programa de la especialidad correspondiente.
 - Asumir la responsabilidad de su actuación como modelo profesional para los estudiantes.
 - Delegar todas las tareas que puedan ser realizadas por el alumno y supervisadas por el profesional.
 - Participar en la evaluación del alumno.

3. FUNCIÓN DE FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN

El MUH debe conocer las bases del método científico y aplicarlo en la búsqueda de conocimientos que contribuyan al desarrollo científico y tecnológico de su especialidad, para posteriormente aplicarlos en su labor asistencial diaria.

- Certificación y recertificación de conocimientos sobre planes de formación: RCP, asistencia al politraumatizado...
- Prevención de accidentes de trabajo.
- Evaluación de riesgos ambientales biológicos y toxicológicos.
- Diseño de estudios de investigación a través del método científico.
- Incorporación de nuevos métodos.
- Ensayos de nuevas tecnologías.
- Estadística descriptiva.
- Búsqueda y análisis bibliográfico.
- Técnicas de publicación científica y de presentación pública de trabajos.
- Participar en los programas de investigación, en el plan de formación y en las actividades de mejora de la calidad propias de su especialidad.

4. FUNCIÓN DE GESTIÓN

El MUH ha de realizar los informes establecidos por la normativa legal vigente en los casos en que corresponda: parte de lesiones, certificados de defunción, altas voluntarias...

Asimismo, ha de gestionar adecuadamente los recursos asignados en aras de una mayor efectividad y eficiencia.

Ha de participar en el desarrollo y mantenimiento de los sistemas de información del centro y de los relacionados con su actividad.

5. FUNCIONES DE EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

En la actualidad no es suficiente hacer las cosas que hay que hacer, sino hacerlas bien. La calidad es hoy un valor social y una exigencia ética de cualquier profesional sanitario. Todas las funciones del médico de urgencias que han sido descritas así como el perfil profesional que se cita a continuación, deben ser sometidas de forma sistemática a una autoevaluación por los equipos de urgencias y emergencias con la finalidad de introducir mejoras continuas en el

proceso, de tal forma que se obtenga una disminución de la variabilidad clínica y unos resultados cada vez mejores, en un continuo sin fin.

6. PERFIL PROFESIONAL

Los conocimientos que el Médico de Urgencias y Emergencias ha de tener han sido reflejados en el Cuerpo Doctrinal de la Medicina de Urgencias y Emergencias publicado por SEMES, y se fundamenta en los denominados los siete núcleos fundamentales:

1. Soporte de las funciones vitales.
2. Asistencia a las urgencias y emergencias médicas.
3. Asistencia a víctimas múltiples y en catástrofes.
4. Coordinación y regulación médica.
5. Formación e investigación.
6. Organización, planificación, prevención y administración.
7. Técnicas y habilidades.

III. EL MÉDICO RESIDENTE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

FUNCIONES

El MIR en su labor asistencial en los Servicios de Urgencias depende jerárquicamente del Coordinador del Servicio y en ausencia de éste, del Médico Adjunto del Servicio de Urgencias.

1. FUNCIÓN ASISTENCIAL:

Su labor asistencial se establece de forma preferente durante la realización de las guardias. Los MIR se incorporarán a las guardias en el área que tengan definida, teniendo en cuenta que en función de las necesidades asistenciales el facultativo de Urgencias puede redesignar dichas áreas. Asimismo cuando realicen las guardias en Ginecología y Pediatría, acompañarán al equipo de guardia correspondiente, desempeñando las tareas que le sean encomendadas.

- Los residentes de primer año deben adquirir las habilidades suficientes para historiar y explorar los pacientes, diferenciar el tipo de pruebas a solicitar en cada caso y adquirir experiencia progresivamente en el manejo de las patologías urgentes y

emergentes con los procedimientos específicos en cada caso. Durante este período se pretende que el residente adquiera agilidad y soltura en el manejo de los enfermos con patología aguda, que aumente la destreza y fluidez en la elaboración de juicios clínicos, que alcance la necesaria seguridad y así incremente su nivel de responsabilidad.

- ✓ Realizar y cumplimentar con criterios de calidad la Historia clínica propia del Servicio de Urgencias.
 - ✓ Hacer una valoración inicial del paciente y solicitar opinión del facultativo de urgencias que le tutela durante la guardia o rotación en el Servicio.
 - ✓ Durante su rotación irá adquiriendo las habilidades pertinentes en el manejo del paciente urgente / emergente.
 - ✓ Adquirirá la habilidad necesaria para realizar diferentes técnicas: suturas, vendajes, inmovilizaciones...
 - ✓ Las interconsultas a otros especialistas se realizarán tras la supervisión y/o aprobación del facultativo de urgencias.
 - ✓ El destino del paciente lo decidirá cuando haya adquirido de forma progresiva esta habilidad. Hasta ese momento ha de consultarlo con el facultativo de urgencias.
 - ✓ Deberá ser capaz de informar periódicamente al paciente y/o familiares sobre la situación del paciente.
- Los residentes de años superiores:
- ✓ Realizarán la historia clínica y exploración del paciente con mayor soltura y destreza.
 - ✓ Asimismo se considera que ya han adquirido la habilidad necesaria para solicitar determinadas pruebas complementarias.
 - ✓ Se implicará en la atención de pacientes urgentes y emergentes colaborando con el facultativo que aborde este tipo de pacientes, y así adquirir experiencia en la realización de determinadas técnicas (intubación, masaje cardiaco...).
 - ✓ Todos los residentes, como cualquier médico tienen la obligación de consultar cualquier duda que tenga sobre el paciente en cualquier fase del proceso diagnóstico – terapéutico.
 - ✓ Prestará ayuda al facultativo de urgencias cuando le sea solicitada.

2. FUNCIÓN ADMINISTRATIVA:

- Cubrir los partes judiciales de los pacientes atendidos.
- Rellenar adecuadamente las solicitudes de pruebas complementarias.
- Cumplimentar los volantes de ambulancias.
- Dar parte al Médico Adjunto de cualquier incidencia.
- Cumplimentar adecuadamente la Historia Clínica y hojas de tratamiento.

3. FUNCIÓN DOCENTE:

- Participará en los cursos que desde urgencias se imparten.
- Participará en las sesiones clínicas y bibliográficas.
- Ha de conocer los protocolos de actuación del Servicio de Urgencias.
- Ha de saber y practicar alguna técnica o habilidad propia de urgencias de acuerdo con los objetivos fijados en el Servicio de Urgencias con las distintas especialidades.

Añadir finalmente que los residentes que rotan en el Servicio de Urgencias y con el fin de considerar su aptitud han de saber manejar una serie de patologías y técnicas que se valoran durante su estancia en el Servicio y que se muestran en el *Anexo II*.

IV. SUPERVISORA DEL SERVICIO DE URGENCIAS

Es responsable de los cuidados de enfermería que se aplican en el Servicio, así como de gestionar los recursos humanos y materiales adscritos a la misma.

OBJETIVO

Asegurar la calidad de los cuidados prestados y dirigir y coordinar el equipo de enfermería, favoreciendo la formación del personal a su cargo.

FUNCIONES

1. ASISTENCIAL

- Organiza, dirige y controla al personal de enfermería:
 - ✓ Realiza el plan de trabajo.
 - ✓ Distribuye de forma racional las cargas de trabajo.

- ✓ Modifica el sistema de trabajo siempre que sea necesario.
- Asegura la asistencia integral y adecuada para cada paciente:
 - ✓ Comprueba que el personal conoce los procedimientos propios del Servicio y su correcta aplicación.
 - ✓ Participa en el cambio de turno de mañana y tarde para conocer y transmitir las necesidades asistenciales de los distintos pacientes.
 - ✓ Participa en la aplicación de los cuidados de Enfermería del Servicio. Siempre que considera necesario.
 - ✓ Requiere precisión, claridad y ajuste en la transmisión de órdenes médicas para su debido cumplimiento.
- Colabora y promueve la elaboración de:
 - ✓ Protocolos específicos del Servicio.
 - ✓ Diseño de normas y criterios de calidad.
 - ✓ Metodologías de trabajo.
- Revisa y controla:
 - ✓ Fármacos y estupefacientes.
 - ✓ Solicitud de dietas, según las normas establecidas.
 - ✓ La calidad asistencial de enfermería en el Servicio.
- Elaboración de objetivos:
 - ✓ Informa de los objetivos propuestos por la Dirección y controla su debido cumplimiento.
 - ✓ Colabora con el personal de enfermería en el establecimiento de los objetivos del Servicio y los transmite y pacta con la Dirección.
 - ✓ Evalúa su desempeño y desarrollo.
 - ✓ Facilita y apoya el cumplimiento de objetivos del resto de componentes del equipo.
- Establece comunicación directa con:
 - ✓ El personal del Servicio.
 - ✓ La Dirección de Enfermería.
 - ✓ Coordinador/a del Servicio.
 - ✓ Otros miembros del equipo.
 - ✓ Supervisores de otros Servicios.
 - ✓ Grupos de trabajo interdisciplinarios del Hospital.
 - ✓ Responsable de Calidad.
 - ✓ Responsable de Formación Continuada.

- ✓ Participa en las reuniones exigidas por razón de su cargo.
- Motiva a su personal a fin de conseguir el grado de integración adecuado para la satisfacción del propio individuo y el desempeño de su trabajo.
 - ✓ Promoviendo la participación.
 - ✓ Reconociendo el trabajo realizado.
 - ✓ Proporcionando formación teórico – práctica.
 - ✓ Facilitando las relaciones interpersonales.
 - ✓ Reconociendo méritos individuales.
 - ✓ Promoviendo la promoción personal.
 - ✓ Intentando solucionar las posibles deficiencias transmitidas por el personal a su cargo.
 - ✓ Favoreciendo la integración del personal de enfermería con el resto del Equipo del Servicio.

2. ADMINISTRATIVA

- Planifica, organiza y dirige el funcionamiento diario del personal de enfermería del Servicio, de acuerdo a los planes establecidos.
 - ✓ Identifica las cargas de trabajo para establecer un promedio de urgencias recibidas por turno y día.
 - ✓ Fundamente cronología de tareas.
 - ✓ Requiere personal de enfermería siempre que estime necesario.
- Confecciona la programación de turnos de acuerdo a las normas establecidas.
 - ✓ Elabora la plantilla mensual.
 - ✓ Realiza las modificaciones necesarias y las comunica al responsable de recursos humanos.
 - ✓ Comunica a la persona interesada las alteraciones posibles dentro de su planilla establecida.
 - ✓ Verifica el cumplimiento de la jornada laboral.
 - ✓ Se responsabiliza de la cobertura de todos los turnos.
 - ✓ Comprueba, informa, y tramita las solicitudes de los permisos.
 - ✓ Gestiona los permisos de salida.
 - ✓ Controla el absentismo del personal a su cargo.
 - ✓ Notifica cualquier tipo de incidencia dentro de la programación implantada.
 - ✓ Reafirma que los turnos sean justos y equilibrados.

- ✓ Conoce, verifica y hace cumplir la normativa laboral vigente.
- Solicita y controla:
 - ✓ Material de almacén.
 - ✓ Fármacos necesarios.
 - ✓ Lencería.
 - ✓ Material de esterilización.
 - ✓ Dietas.
 - ✓ Aparatos (TA, monitores...)
 - ✓ Utillaje (camillas, sillas de ruedas...)
 - ✓ Mobiliario.
 - ✓ Reparaciones necesarias.
 - ✓ Plan de necesidades anual.
- Revisa:
 - ✓ La correcta cumplimentación de los registros de enfermería, libro de incidencias, libro de estupefacientes y todo tipo de solicitudes y registros realizados por el personal de enfermería del Servicio.
 - ✓ El mantenimiento, conservación y manejo adecuado del aparataje y material disponible.
 - ✓ La calidad de los recursos utilizados.
- Acude a las reuniones que por razón de su cargo le obliguen.
- Cumplimenta periódicamente los informes requeridos por la Dirección.
- Detecta y comunica a quien corresponda, cualquier anomalía del Servicio.
- Responde o tramita las reclamaciones correspondientes al personal de enfermería del Servicio.
- Comunica y tramita los accidentes laborales del personal a su cargo.

3. DOCENTE

- Debe mantener un alto y actualizado nivel de formación en el campo de la gestión y en el campo de enfermería.
- Acudirá y participará en actividades docentes (cursos, jornadas, sesiones...)
- Colabora en la formación del personal a su cargo:
 - ✓ Acoge y enseña al personal de nuevo ingreso.
 - ✓ Acoge y enseña a los alumnos en prácticas de la Escuela de Enfermería.

- ✓ Propone programas de formación detectando y priorizando las necesidades de los profesionales del Servicio.
- ✓ Participa en la elaboración de cursos, seminarios...
- ✓ Facilita la asistencia a cursos y jornadas del personal de enfermería.
- ✓ Da a conocer, utiliza y potencia el uso de bibliografía sobre enfermería de urgencias.

4. INVESTIGACIÓN

- Explora sobre el método científico para aplicar nuevos procedimientos y cuidados de enfermería.
- Identifica áreas de investigación.
- Participa en los trabajos del Servicio y de otros grupos interdisciplinarios:
 - ✓ Informa del desarrollo de la investigación y de los resultados obtenidos.
 - ✓ Forma al personal a su cargo de aquellos hallazgos que puedan ser llevados a la práctica.
 - ✓ Evalúa los resultados de la aplicación de los nuevos métodos y técnicas.

V. ENFERMERA/O DEL SERVICIO DE URGENCIAS

Es la responsable de aplicar los cuidados de enfermería a los pacientes del Servicio, con la máxima calidad y de acuerdo con las normas establecidas en el Centro.

OBJETIVO

Conseguir una asistencia integral al paciente y su familia.

FUNCIONES

1. ASISTENCIAL

- Prestar cuidados de enfermería en cuanto al aspecto físico del paciente.
- Identificar:
 - ✓ Necesidades físicas.
 - ✓ Signos y síntomas de las funciones biológicas.
 - ✓ Controlar, interpretar y registrar signos vitales.

- Determinar los requerimientos específicos de atención de enfermería de los pacientes, estableciendo prioridades.
- Planificar y organizar la asistencia según protocolos y planes de cuidados.
- Realizar procedimientos y cuidados que cubran las necesidades físicas del paciente:
 - ✓ Acoger al paciente a la llegada al Servicio de Urgencias.
 - ✓ Procurar un ambiente confortable, seguro y silencioso.
 - ✓ Vigilar, mantener y realizar movimientos y posturas funcionales.
 - ✓ Ayudar al paciente en sus necesidades de oxigenación y nutrición y eliminación.
 - ✓ Controlar el balance hidroelectrolítico y metabólico.
 - ✓ Realizar y/o supervisar el aseo e higiene del paciente, siendo la responsable directa de aquellos enfermos que llegan en estado grave o con riesgo de movilización.
 - ✓ Actuar en situaciones de extrema urgencia según protocolo.
 - ✓ Realizar RCP básica y avanzada según protocolo.
 - ✓ Practicar y cuidar curas, sondajes, punciones, drenajes, ostomías, reservorios, vías y catéteres especiales...
 - ✓ Practicar suturas, excepto aquellas que tengan compromiso vascular, tendinoso o muscular.
 - ✓ Aplicar inmovilizaciones de miembros con férulas de escayola y vendajes simples.
 - ✓ Efectuar terapéutica medicamentosa según prescripción facultativa.
 - ✓ Realizar y /o supervisar cuidados preoperatorios.
 - ✓ Realizar y/o colaborar en la ejecución de técnicas de diagnóstico y tratamiento.
 - ✓ Extraer muestras de laboratorio.
 - ✓ Cuidar y vigilar todos los pacientes a su cargo.
 - ✓ Acompañar a los pacientes que requieran atención de enfermería en traslados intrahospitalarios.
 - ✓ Informar al facultativo correspondiente de cualquier incidencia y evolución de los pacientes.
 - ✓ Informar al paciente de los cuidados y técnicas de enfermería que le sean necesarios aplicar.

- ✓ Informar al paciente y su familia de los tiempos de espera aproximados, comportamiento en el Servicio y recomendaciones de enfermería al alta, si precisa.
- ✓ Facilitar que el paciente y su familia sean debidamente informados por el médico correspondiente.
- ✓ Actuar con la protección adecuada en la aplicación de técnicas y cuidados.
- Prestar cuidados de enfermería para satisfacer las necesidades psíquicas y sociales del paciente y su familia, proporcionando seguridad y fomentando la autoestima:
 - ✓ Valorar las necesidades.
 - ✓ Determinar los requerimientos específicos de enfermería para cubrir necesidades.
 - ✓ Planificar y organizar la atención según prioridades.
 - ✓ Preservar la intimidad y seguridad del paciente.
 - ✓ Visitarle y presentarse al comienzo de cada turno con el fin de favorecer la comunicación paciente – enfermera.
 - ✓ Facilitar la comunicación con su familia y su entorno.
 - ✓ Canalizar sus necesidades hacia los profesionales adecuados (asistente social, sacerdote...)
 - ✓ Dar asistencia postmortem apoyando la intimidad, el duelo y decisiones de la familia.
- Interrelación:
 - ✓ Con el resto del equipo de enfermería y del equipo de salud.
 - ✓ Con la enfermera del turno anterior para recibir y transmitir información de la situación de los pacientes a su cargo.
 - ✓ Con la supervisora para informarle de los pacientes, observaciones sobre cuidados y técnicas e incidencias del Servicio, si las hubiera.
- Evaluar:
 - ✓ Planes de cuidados.
 - ✓ Protocolos.
 - ✓ Objetivos.

2. ADMINISTRATIVA

- Participar en las actividades administrativas de planificación, organización y control:

- ✓ Registrar la valoración del estado del paciente, cuidados de enfermería y técnicas en su hoja de enfermería correspondiente.
- ✓ Custodiar y ordenar la historia del paciente, asegurándose que está debidamente identificada.
- ✓ Registrar objetivos
- ✓ Registrar consumo de estupefacientes.
- ✓ Anotar incidencias en su libro correspondiente.
- ✓ Solicitar fármacos necesarios y material de almacén en ausencia de la supervisora.
- ✓ Realiza parte de averías en ausencia de la supervisora.
- Colabora en el control y mantenimiento de los recursos materiales y aparataje del Servicio.
 - ✓ Determina e informa a la supervisora de las necesidades, en relación con los cuidados que se vayan a prestar.
 - ✓ Utiliza y controla el uso adecuado del material y aparataje del Servicio.
- Evaluar y registrar los resultados obtenidos en la aplicación de los cuidados de enfermería:
 - ✓ Autoevaluación de las actividades realizadas.
 - ✓ Control de los estándares, normas y niveles de calidad establecidos.
 - ✓ Evalúa la eficacia de los recursos utilizados, informando de los resultados obtenidos.
 - ✓ Participa en reuniones del personal de enfermería y del equipo del Servicio.
- Colabora en la utilización de los recursos humanos.
 - ✓ Identifica cargas de trabajo.
 - ✓ Delega las tareas que pueden ser realizadas por el personal auxiliar.

3. DOCENTE

- Debe procurar actualizar sus conocimientos en el campo de la Enfermería y de Urgencias.
 - ✓ Acudirá y participará en actividades docentes (cursos, jornadas, etc.)
 - ✓ Identificar las propias necesidades de formación y las del servicio transmitiéndolas adecuadamente.
 - ✓ Colaborar con el supervisor de área de formación en cuantas actividades sea requerida su participación.

- ✓ Colabora en la formación de sus propios compañeros y en la de otros miembros del equipo de salud.
- Forma al paciente y su familia para favorecer el autocuidado:
 - ✓ Administración de fármacos tipo Insulina, HBPM...
 - ✓ Administración de oxígeno y ventiloterapia.
 - ✓ Cuidados de ostomía.
 - ✓ Cuidados de sondas, drenajes, catéteres y reservorios.
 - ✓ Da a conocer:
 - Riesgos de automedicación.
 - Vías de absorción y eliminación.
 - Los posibles efectos yatrogénicos de los medicamentos.
 - La necesidad de una alimentación equilibrada
 - La importancia de seguir el régimen prescrito.
 - Administración de alimentos en caso de portar sonda nasogástrica.
 - Los hábitos de higiene adecuados para prevenir infecciones y mantener la salud.
- Colabora con la Escuela de Enfermería en la formación de los estudiantes de los diferentes cursos:
 - ✓ Enseñar a los alumnos la destreza y habilidad necesarias para su desarrollo.
 - ✓ Asumir la responsabilidad de su actuación como modelo profesional para los estudiantes.
 - ✓ Delegar todas las tareas que puedan ser realizadas por el alumno y supervisadas por el profesional.
 - ✓ Participar en la evaluación práctica del alumno.

4. INVESTIGACIÓN

- Estudiar informes de investigación relativos al campo de la enfermería.
- Identificar áreas de investigación:
 - ✓ Estudio del campo profesional.
 - ✓ Análisis del método científico.
- Colaborar en las investigaciones de otros profesionales del equipo de Urgencias.
- Aplicar en la práctica los resultados obtenidos.
 - ✓ Dar a conocer los hallazgos.
 - ✓ Valorar desde la práctica.

VI. TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

Es la encargada de apoyar y colaborar en los cuidados básicos de enfermería de los pacientes del Servicio.

OBJETIVO

Ayudar a conseguir una asistencia integral al paciente y su familia.

FUNCIONES

1. ASISTENCIAL

- Realizar las actividades encaminadas a satisfacer las necesidades físicas del paciente:
 - ✓ Acoger al paciente a su llegada.
 - ✓ Confort e higiene:
 - Ayudar al paciente a desvestirse.
 - Realizar el aseo.
 - Hacer la cama y camilla de forma adecuada evitando pliegues que maceren la piel.
 - Mantener en orden los elementos del entorno.
 - Procurar un ambiente limpio, seguro y silencioso.
 - ✓ Nutrición y eliminación:
 - Distribuir, administrar y ayudar al paciente en la ingesta.
 - Retirar los servicios una vez finalizada y verificar la cantidad ingerida.
 - Colaborar en la administración de la alimentación por sonda nasogástrica.
 - Colaborar en el control del balance hidroelectrolítico y metabólico.
 - Aplicación de enemas.
 - Colocar y retirar cuñas, botellas, bolsas de orina... siempre que sea necesario.
 - ✓ Realizar cuidados que le proporcionen seguridad física:
 - Colaborar en la movilización funcional.
 - Comprobar la seguridad del paciente encamado (posición de la cama, protecciones laterales...)
 - Colaborar en la aplicación de técnicas: sondajes, curas, drenajes...

- Ayudar al paciente en todo aquello que le suscite miedo o crea arriesgado para su estado físico.
- ✓ Otras actividades:
 - Colaborar en la recogida de datos termométricos.
 - Colaborar en la recogida de muestras analíticas.
 - Ayudar en la realización de pruebas diagnósticas.
 - Administrar por delegación de la enfermera medicación oral o tópica.
 - Informar al profesional correspondiente sobre cualquier incidencia o alteración de los pacientes y su entorno.
- Realizar actividades encaminadas a satisfacer las necesidades psicológicas del paciente.
 - ✓ Acoger al paciente a su ingreso.
 - ✓ Visitar al paciente al comienzo de cada turno con el fin de favorecer la comunicación entre ambos.
 - ✓ Facilitar la comunicación del paciente y su familia.
 - ✓ Colaborar en la información al paciente y su familia sobre las normas del Servicio, localización de pacientes dentro de la misma, y de sus derechos relacionados con el medio hospitalario.
 - ✓ Colaborar en la asistencia postmortem.
- Realizar actividades encaminadas a la asistencia indirecta del paciente.
 - ✓ Colaborar en el mantenimiento y conservación de los utensilios y del aparataje.
 - ✓ Preparar los carros con el material necesario para la higiene de los pacientes.
 - ✓ Colaborar en la preparación de campos estériles.
 - ✓ Recoger, colocar y comprobar los pedidos de lencería, almacén, esterilización y farmacia.
 - ✓ Retirar y recoger la ropa sucia según esté establecido.
 - ✓ Realizar la limpieza y preparación del material a esterilizar.
 - ✓ Realizar la limpieza, adecuación y control del material del Servicio.
 - ✓ Realizar la limpieza y distribución de los utensilios de eliminación y drenaje,
 - ✓ Ordenar cuartos de curas, cuartos de sucio, almacenes...
 - ✓ Recoger los objetos de valor de los pacientes y entregarlos a sus familiares o en su defecto al personal de seguridad para su custodia.
 - ✓ Recoger e identificar la ropa de los pacientes que se hayan de desnudar.

- ✓ Actuar con la protección adecuada al realizar sus actividades.
- Interrelación:
 - ✓ Entrevistarse con su compañera del turno anterior y posterior para recibir y dar información de los pacientes.
 - ✓ Relacionarse con la enfermera con la que está colaborando en el desarrollo de sus cuidados y actividades, y transmitirle todos aquellos datos observados en el paciente o comunicados por él.
 - ✓ Relacionarse con el resto del equipo del Servicio en el que está integrada.
 - ✓ Planteará objetivos en relación con su trabajo.
 - ✓ Colaborará en la consecución de los objetivos del Servicio.
 - ✓ Participará en las sesiones de enfermería.
 - ✓ Participará en reuniones de trabajo con el resto del equipo.
 - ✓ Participará en todas las actividades generales de enfermería que se realicen en el Hospital.
- Evaluar las tareas realizadas.

2. ADMINISTRATIVA

- Colaborar en la realización de los trámites clínicos y burocráticos o administrativos para apoyar la asistencia del paciente:
 - ✓ Registrar o comunicar los datos observados o recogidos que deben ser tenidos en cuenta.
 - ✓ Cumplimentar los trámites necesarios para el proceso de atención.
 - ✓ Custodia la historia del paciente.
 - ✓ Comunica a las unidades de hospitalización correspondientes el ingreso de los pacientes y la identificación de los mismos.
- Tramitará peticiones de radiología. Laboratorio, interconsultas, resultados... siempre que sea necesario.
- Solicitará el material de esterilización necesario.
- Utilizará adecuadamente los recursos materiales e informa de las necesidades precisas.

3. DOCENTE

- Realiza actividades de formación dirigidas a actualizar y mejorar su nivel de atención al paciente.

- Plantea necesidades de formación
- Acude y participa en actividades docentes (cursos, jornadas...)
- Colabora en la formación de sus propios compañeros.

4. INVESTIGACIÓN

- Colabora en aquellos programas de investigación que se lleven a cabo en el Servicio.
- Identifica líneas de investigación.
- Investiga según el proyecto.
- Aplica en la práctica los resultados obtenidos.

VII. CELADOR ADSCRITO AL SERVICIO DE URGENCIAS.

Es el encargado de apoyar al resto de los profesionales del Servicio, siempre que se considere necesario.

OBJETIVO

Ayudar a conseguir la asistencia adecuada de los pacientes.

FUNCIONES

- Recibir al paciente en la zona de entrada.
- Colocarlo en camilla o silla de ruedas, según sea preciso.
- Trasladarle por las diferentes zonas del Servicio siempre que sea requerido.
- Pasar a una sala de asistencia a todos los que acudan en camilla o aquellos que por su gravedad o condiciones lo requieran.
- Solicitar ayuda al personal sanitario para la movilización o atención inmediata cuando lo crea oportuno.
- Indicar a los acompañantes la zona de admisión para su filiación.
- Vigilar y controlar las entradas y salidas de los pacientes y acompañantes.
- Apoyar en la asistencia dentro del Servicio:
 - ✓ Colaborar en el manejo, sujeción e inmovilización de los pacientes.
 - ✓ Ayudar al personal de seguridad en su cometido.
 - ✓ Realizar el traslado de muestras para determinaciones analíticas, cuando no exista otro medio de envío.

- ✓ Acompañar y/o trasladar al paciente a otras áreas del Hospital, siempre que sea necesario.
 - ✓ Guiar al paciente, que solicite información sanitaria, hacia el profesional adecuado.
 - ✓ Informar de la situación de las diferentes áreas del Servicio, cuando sea requerido por los pacientes y acompañantes.
 - ✓ Trasladar los documentos, correspondencia u objetos que le sean confiados.
 - ✓ Colaborar en los cuidados post-mortem.
 - ✓ Trasladar los cadáveres a su lugar indicado.
 - ✓ Vigilar la estancia de pacientes y acompañantes dentro del propio Servicio, asegurando que cumplen las normas establecidas.
- Colaborar en el mantenimiento del Servicio:
- ✓ Mantener en buen estado los medios de transporte de pacientes (sillas, camillas)
 - ✓ Dar cuenta a quien corresponda, de los desperfectos y anomalías encontrados.
 - ✓ Velar por conseguir el mayor orden y silencio posible en todas las dependencias.
 - ✓ Vigilar que el paciente, acompañantes, personal de ambulancias... no haga uso indebido de enseres y ropas del Hospital.

ANEXO IX. ORGANIGRAMA FUNCIONAL DEL SUH

LUNES A VIERNES	MAÑANA	TARDE	NOCHE
Área de Generales	4 MUH	3 MUH+3 MIR	Se valoran los Pacientes por los facultativos y MIR establecidos en la guardia
Área de Consultas	2 MUH	2 MUH	
Área de Traumatología	3 MUH*	2 MUH*+1MIR	
Área de Observación	1 MUH	1 MUH (de los de Generales)	
Área de OFT / ORL	Sº OFT / ORL	1 M.I.R.	
Box de Críticos	1 MUH	1 MUH	
TOTAL	11 Facultativos	8 Facultativos +5 MIR	4 Facultativos +5 MIR

SABADOS, DOMINGOS Y FESTIVOS	MAÑANA	TARDE	NOCHE
Área de Generales	2 MUH +3 MIR	3 MUH + 3 MIR	Se valoran los Pacientes por los facultativos y MIR establecidos en la guardia
Área de Consultas, OFT y ORL	2 MIR	2 MIR	
Área de Traumatología	2 MUH+ 1 MIR	2 MUH +1MIR	
Área de Observación	1 MUH	1 (delos de generales)	
TOTAL	5 MUH+6 MIR	5 MUH+6 MIR	4 MUH+6 MIR

*Uno de los facultativos asignado al área de traumatología, es a su vez médico de apoyo al que tiene como función valorar la función de pacientes críticos.

ANEXO X. DOCUMENTACIÓN DEL SUH

1. DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

A. INFORME DE URGENCIAS

Todo acto sanitario realizado por médicos y personal de enfermería, con relación a un paciente, debe quedar convenientemente documentado. El conjunto de documentos sanitarios, a lo largo de la vida de un paciente, constituye su HISTORIA CLÍNICA, instrumento básico de la asistencia sanitaria.

La Ley General de Sanidad, en su artículo 61, recoge que en cada Área Sanitaria, debe procurarse la máxima integración de los actos sanitarios realizados a cada paciente y, en su artículo 10 establece el derecho del paciente a que quede constancia, por escrito, de todo su proceso:

- La documentación utilizada por los Servicios de Urgencias forma parte de la Historia Clínica del paciente, no siendo por sí misma Historia Clínica.
- El Servicio de Urgencias es uno más en el Hospital y, por tanto, debe utilizar los documentos comunes del mismo (interconsultas, hojas de órdenes, tratamientos, solicitud de exploraciones complementarias...) no necesitando confeccionar otros documentos a los ya existentes en cada centro, con excepción de aquellos que tengan que recoger una actividad clínico asistencial propia.

El Informe de Urgencias es el documento clínico, médico – legal, en el que se recogen los datos del enfermo, las circunstancias de la consulta, el resumen de las actuaciones asistenciales, diagnósticos, recomendaciones terapéuticas y de control posterior.

El material utilizado es soporte papel, autocopiable, con una copia para el archivo y el original para el paciente o Historia Clínica en caso de que ingrese.

Todo Informe de Urgencias consta de los siguientes apartados:

IDENTIFICACIÓN DEL CENTRO

- Anagrama del Complejo Asistencial de León.
- Nombre del Centro Hospitalario.
- Dirección.
- Localidad y Provincia.

- Teléfono del Hospital.
- Identificación del Servicio de Urgencias.

IDENTIFICACIÓN DEL ENFERMO MEDIANTE ETIQUETAS ADHESIVAS

- Nombre y Apellidos del paciente.
- Sexo.
- Fecha de nacimiento y edad.
- Domicilio.
- Ciudad y Nacionalidad.
- Teléfono de contacto.
- Número de historia clínica.
- Número de Registro en Urgencias.
- Seguridad Social o Seguro Privado.
- Área de Salud.
- Fecha y hora de llegada al Servicio de Urgencias.

CIRCUNSTANCIAS DE LA CONSULTA

- Fecha de la consulta.
- Hora de llegada.
- Hora de asistencia sanitaria.
- Motivo clínico de la consulta.
- Motivo de asistencia.

PROCESO ASISTENCIAL

- Constantes especificadas: tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura, saturación de oxígeno, glucemia capilar.
- Alergias.
- Desarrollo del proceso: texto libre donde no deben faltar los epígrafes a modo de recordatorio: anamnesis, exploración física, pruebas complementarias y sus resultados, tratamientos efectuados, evolución del paciente, impresión diagnóstica, tratamiento recomendado, otras recomendaciones...

PROCESO DE ALTA Y DESTINO

Una vez decidida el alta del paciente del Servicio de Urgencias, debe anotarse la Hora del Alta médica y su destino:

- Domicilio.
- Traslado a otro Centro.
- Ingreso.
- Exitus.
- Alta Voluntaria.
- Ausente.

Es muy importante dejar reflejado quien debe continuar con el seguimiento del paciente: Médico de Atención Primaria, Especialista de Área de referencia... Así como indicar cuándo debe realizarse el control: de forma preferente, normal... sin indicar un plazo establecido (tipo “...una semana”, “quince días”...), pues las revisiones dependerán a su vez de la lista de espera de cada especialidad.

IDENTIFICACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO: MÉDICO, ENFERMERA...

El Informe de Urgencias es un documento legal y como tal debe ir firmado e identificado por el médico que da el alta. La correcta identificación se hace con nombre, dos apellidos y/o número de colegiado. Si la firma es ilegible, debajo de ella, poner el nombre y dos apellidos.

OBSERVACIONES

Notas al margen o al dorso de la primera hoja del Informe, como “entregar a su Médico”, “traer este informe si vuelve nuevamente a este Servicio”, aclaraciones sobre genéricos...

HOJA DE CONTINUIDAD

Son aquellas destinadas a contener la parte del informe que, por lo extenso del mismo, no cabe en la primera hoja. Se utilizará el mismo tipo de informe que para el original, poniendo igualmente las etiquetas identificativas e identificando que es la hoja de continuación nº...

OTROS DOCUMENTOS

- Hoja de enfermería donde ha de quedar reflejado las diferentes actividades que le competen, así como la hora de atención y seguimiento del paciente.
- Hoja de órdenes de tratamiento.
- Hoja de observaciones y evolutivo del paciente.
- Hoja de interconsultas.

B. PROTOCOLOS / VÍAS CLÍNICAS / GUÍAS CLÍNICAS

El Servicio de Urgencias dispone de Protocolos de Actuación ante diferentes patologías, así como Guías Clínicas de la Gerencia de Área, y Guías de Actuación específicas conjuntas.

2. DOCUMENTACIÓN ADMINISTRATIVA

A. PARTE DE INCIDENCIAS

Este tipo de documento ha de realizarse diariamente y remitir a la Coordinación del Servicio de Urgencias, quién lo remitirá a la Dirección Médica en el caso de incidencias reseñables.

B. MEMORIA ANUAL DEL SERVICIO

En dicha memoria queda reflejado:

1. Actividad Asistencial:
 - a. Número de Urgencias atendidas.
 - b. Porcentaje de Urgencias Atendidas. Evolución anual y mensual.
 - c. Evolución de la Actividad asistencial.
 - d. Actividad en función de la hora y día de la semana.
 - e. Comparativa anual en función del horario.
 - f. Comparativa anual en función del día de la semana.
 - g. Indicadores de actividad y calidad.
 - h. Reclamaciones.
2. Actividad de Investigación y Docencia:
 - a. Participación en Congresos.

- b. Comunicaciones.
- c. Publicaciones.
- d. Actividad docente.

3. DOCUMENTACIÓN MÉDICO - LEGAL

A. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Contempla la necesidad de recabar el consentimiento por escrito del paciente, o de quien deba sustituir su decisión, antes de realizar procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos y, en general procedimientos sanitarios que supongan riesgos e inconvenientes notorios y previsibles, susceptibles de repercutir en la salud del paciente.

En el Servicio de Urgencias, la información verbal sobre alternativas, riesgos y beneficios generales de las pruebas o exploraciones solicitadas se realizará por el Facultativo de Urgencias. La solicitud de la firma del Consentimiento Informado correrá a cargo del Especialista responsable de su realización.

El documento debe contener como mínimo:

- Identificación del Complejo Asistencial de León.
- Identificación del Paciente y, en su caso, del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho que presta el consentimiento.
- Identificación del Médico.
- Identificación y descripción del procedimiento, finalidad, naturaleza, alternativas existentes, contraindicaciones, consecuencias relevantes o de importancia que deriven con seguridad de su realización y de su no realización, riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente y riesgos probables en condiciones normales conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención.
- Declaración de quien presta el consentimiento de que ha comprendido adecuadamente la información, conoce que el consentimiento puede ser revocado en cualquier momento sin expresión de la causa de revocación y ha recibido una copia del documento.
- Consentimiento prestado por el paciente o, en su caso, por su representante legal, familiar o persona vinculada de hecho.

- Lugar y fechas.
- Firmas del médico y de la persona que presta el consentimiento.

B. OTROS DOCUMENTOS MÉDICO - LEGALES

1. Parte de lesiones y accidentes por el que el facultativo comunica a la autoridad judicial la asistencia a un lesionado.
2. Informe: documento emitido por orden de las autoridades o a petición de particulares sobre hechos relacionados con la actividad profesional del que lo firma.

C. DOCUMENTO ANTE MALOS TRATOS / VIOLENCIA DE GÉNERO

Se utiliza el modelo establecido por SACYL y la Junta de Castilla y León.

D. ALTA VOLUNTARIA

De obligado cumplimiento para todos aquellos pacientes que decidan un alta voluntaria. Existe un modelo establecido en el Centro Hospitalario.

ANEXO XI. ZONAS BÁSICAS DE SALUD DEL ÁREA DE LEÓN

ZONAS BÁSICAS DE SALUD DEL ÁREA DE LEÓN			
León I (Eras de Renueva)	Astorga I	Cistierna	Sahagún de Campos
León II (La Palomera)	Astorga II	Cuenca del Bernesga	San Andrés del Rabanedo
León III (La Condesa)	La Bañeza I	La Magdalena	Santa María del Páramo
León IV (El Crucero)	La Bañeza II	Mansilla de las Mulas	Valencia de Don Juan
León V	Babia	Matallana del Torío	Valderas
León VI	Boñar	Riaño	Trobajo del Camino
Armunia	La Cabrera	Ribera del Esla	Ribera del Órbigo

ANEXO XII. TABLAS DE DATOS.

TABLA DE DATOS NÚMERO 1: DISTRIBUCIÓN ANUAL POR SEXO.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	MEDIA
VARON	49,93%	49,60%	50,10%	49,73%	49,15%	49,25%	48,58%	48,90%	48,34%	48,10%	49'16%
MUJER	50,07%	50,40%	49,90%	50,27%	50,85%	50,75%	51,42%	51,10%	51,66%	51,90%	50'84%

TABLA DE DATOS NÚMERO 2: DISTRIBUCIÓN ANUAL POR EDAD.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
< 1 año	2,40%	2,50%	2,70%	2,80%	2,70%	2,88%	3,10%	3,10%	3,20%	2,93%
1-5 años	6,20%	6,80%	7%	8%	7,30%	7,70%	8,20%	8,40%	9,04%	8,84%
6-10 años	3,30%	3,38%	3,30%	3,30%	3,10%	3,20%	3,20%	3,40%	3,26%	3,37%
11-15 años	3,90%	3,80%	3,60%	3,50%	3,40%	3,30%	3,20%	3,20%	2,90%	3,06%
16-20 años	5,60%	5,40%	5,10%	5%	4,88%	4,70%	4,50%	4,40%	4,19%	4,14%
21-25 años	6,50%	6,70%	6,80%	6,40%	6,40%	6,30%	6,10%	6%	5,74%	5,69%
26-30 años	6,20%	6,50%	6,40%	6,37%	6,60%	6,60%	6,50%	6,70%	6,50%	6,39%
31-35 años	6,30%	6,10%	6,40%	6,30%	6,40%	6,40%	6,40%	6,40%	6,51%	6,65%
36-40 años	5,20%	5,30%	5,40%	5,30%	5,30%	5,30%	5,50%	5,50%	5,68%	5,52%
41-45 años	4,50%	4,50%	4,60%	4,50%	4,70%	4,60%	4,80%	4,90%	4,61%	4,76%
46-50 años	4%	4,10%	4,10%	4,10%	4,10%	4,20%	4,50%	4,40%	4,58%	4,65%
51-55 años	4,20%	4,20%	4%	4,10%	4%	4,10%	4,10%	4,10%	4,20%	4,43%
56-60 años	4,40%	4,20%	4,20%	4,20%	4,30%	4,30%	4,20%	4,12%	4,13%	4,06%
61-65 años	5,50%	4,80%	4,40%	4,30%	4,30%	4,30%	4,50%	4,35%	4,38%	4,40%
66-70 años	7,39%	7,30%	7,10%	6,80%	6,30%	5,70%	5,17%	4,80%	4,24%	4,31%
71-75 años	8%	7,60%	7,70%	7,50%	7,60%	7,60%	7,40%	7%	7,18%	6,41%
76-80 años	7,10%	7,40%	7,40%	7,50%	7,80%	7,70%	7,50%	7,50%	7,60%	7,75%
81-100 años	9,30%	9,40%	10%	10%	10,70%	11,10%	11%	11,70%	12,04%	12,62%
>100 años	0,01%	0,02%	0,01%	0,03%	0,02%	0,02%	0,03%	0,03%	0,02%	0,02%

TABLA DE DATOS NÚMERO 3: DISTRIBUCIÓN POR EDAD Y SEXO MASCULINO

VARONES	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
< 1 año	2,40%	2,80%	3%	3,10%	3%	3,30%	3,60%	3,60%	3,68%	3,33%
1-5 años	6,90%	7,60%	7,80%	9%	8,20%	8,70%	9,40%	9,50%	10,42%	10,40%
6-10 años	3,60%	3,70%	3,60%	3,70%	3,50%	3,50%	3,60%	3,80%	3,82%	3,79%
11-15 años	4,50%	4,40%	4,20%	4%	3,90%	3,80%	3,80%	3,70%	3,46%	3,53%
16-20 años	6,10%	5,80%	5,30%	5,20%	5%	4,70%	4,70%	4,40%	4,04%	4,13%
21-25 años	6,60%	6,50%	6,80%	6,40%	6,20%	6,20%	5,90%	5,60%	5,28%	5,27%
26-30 años	5,70%	6,10%	5,90%	5,90%	6%	5,90%	5,70%	5,90%	5,64%	5,85%
31-35 años	5,50%	5,40%	5,60%	5,40%	5,70%	5,70%	5,50%	5,40%	5,36%	5,51%
36-40 años	5,20%	5,40%	5,40%	5,20%	5,20%	5,30%	5,30%	5,30%	5,29%	5,05%
41-45 años	4,80%	4,90%	5,20%	4,80%	5%	4,90%	5%	5,20%	4,97%	4,97%
46-50 años	4%	4,30%	4,40%	4,30%	4,40%	4,50%	4,80%	4,70%	4,83%	4,88%
51-55 años	4,20%	4,20%	4,10%	4,20%	4,20%	4,20%	4,30%	4,40%	4,40%	4,56%
56-60 años	4,50%	4,40%	4,20%	4,30%	4,40%	4,40%	4,30%	4,30%	4,45%	4,34%
61-65 años	5,50%	4,80%	4,30%	4,40%	4,40%	4,50%	4,50%	4,50%	4,57%	4,66%
66-70 años	7,50%	7,40%	7,30%	6,98%	6,40%	5,60%	5,10%	4,90%	4,34%	4,41%
71-75 años	8%	7,80%	7,90%	7,70%	7,80%	7,90%	7,70%	7,38%	7,36%	6,42%
76-80 años	6,90%	7,30%	7,30%	7,30%	8%	7,60%	7,40%	7,50%	7,72%	7,78%
81-100 años	7,29%	7,20%	7,70%	8,10%	8,60%	9,29%	9,39%	9,90%	10,36%	11,11%
>100 años	0,01%	0,00%	0%	0,02%	0,01%	0,01%	0,01%	0,02%	0,01%	0,01%

TABLA DE DATOS NÚMERO 4: DISTRIBUCIÓN POR EDAD Y SEXO FEMENINO.

MUJERES	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
< 1 año	2,30%	2,20%	2,30%	2,60%	2,40%	2,50%	2,70%	2,46%	2,75%	2,55%
1-5 años	5,60%	5,90%	6,20%	7%	6,50%	6,70%	7,16%	7,40%	7,75%	7,40%
6-10 años	2,90%	2,80%	3%	2,90%	2,70%	2,80%	2,90%	3,10%	2,73%	2,97%
11-15 años	3,40%	3,30%	3,10%	3%	2,90%	2,70%	2,60%	2,60%	2,38%	2,62%
16-20 años	4,98%	5%	4,90%	5%	4,70%	4,70%	4,40%	4,40%	4,32%	4,16%
21-25 años	6,50%	6,90%	6,80%	6,40%	6,70%	6,30%	6,30%	6,40%	6,16%	6,07%
26-30 años	6,70%	6,80%	7%	6,70%	7%	7,30%	7,30%	7,40%	7,31%	6,90%
31-35 años	7,10%	6,80%	7,10%	7,10%	7,10%	7,20%	7,20%	7,40%	7,59%	7,70%
36-40 años	5,20%	5,30%	5,40%	5,30%	5,40%	5,20%	5,70%	5,70%	6,03%	5,95%
41-45 años	4,10%	4,20%	4,10%	4,20%	4,50%	4,40%	4,60%	4,60%	4,27%	4,57%
46-50 años	3,70%	3,90%	3,80%	3,80%	3,90%	3,90%	4,30%	4,20%	4,34%	4,44%
51-55 años	4,20%	4,30%	3,90%	3,90%	3,80%	4,10%	3,90%	3,90%	4,01%	4,30%
56-60 años	4,30%	4,10%	4,10%	4,10%	4,30%	4,20%	4,10%	3,90%	3,83%	3,80%
61-65 años	5,40%	4,90%	4,50%	4,30%	4,10%	4,20%	4,40%	4,20%	4,19%	4,17%
66-70 años	7,20%	7,20%	6,80%	6,70%	6,20%	5,70%	5%	4,50%	4,15%	4,22%
71-75 años	7,60%	7,40%	7,50%	7,30%	7,46%	7,30%	7,20%	6,80%	7,01%	6,41%
76-80 años	7,30%	7,50%	7,70%	7,67%	7,60%	7,77%	7,60%	7,50%	7,49%	7,73%
81-100 años	11,50%	11,50%	11,78%	12%	12,70%	13,00%	12,60%	13,50%	13,65%	14,01%
>100 años	0,02%	0,03%	0,02%	0,03%	0,04%	0,03%	0,04%	0,04%	0,04%	0,03%

TABLA DE DATOS NÚMERO 5: DISTRIBUCIÓN ANUAL DE LA DEMANDA POR ÁREAS ASISTENCIALES.

	GENERAL	TRAUMA	PEDIATRÍA	GINE	TOCO	OFT	ORL
2000	72,80%	14,90%	5,50%	1,60%	2,70%	1,50%	1,00%
2001	74,80%	13,30%	5,70%	1,60%	2,40%	1,40%	0,80%
2002	72,90%	14,40%	6,60%	1,60%	2,30%	1,30%	0,90%
2003	69,10%	16,80%	7,30%	1,90%	2,30%	1,60%	1,00%
2004	68,80%	17,30%	6,50%	2,20%	2,30%	1,70%	1,20%
2005	63,00%	19,90%	8,40%	2,30%	2,40%	2,50%	1,50%
2006	56,00%	22,90%	10,40%	2,80%	2,40%	3,40%	2,10%
2007	51,80%	24,50%	11,70%	3,20%	2,40%	3,90%	2,50%
2008	50,10%	24,20%	13,20%	3,50%	2,60%	4,20%	2,20%
2009	49,20%	25,70%	12,90%	3,30%	2,50%	4,00%	2,40%

TABLA DE DATOS NÚMERO 6: DISTRIBUCIÓN HORARIA DE LA DEMANDA

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
0-1 hora	3,30%	3,20%	3,20%	3,00%	3,20%	3,10%	3,00%	2,90%	2,90%	2,80%
1-2 hora	2,20%	2,30%	2,20%	2,10%	2,20%	2,10%	2,20%	2,00%	1,90%	2,10%
2-3 hora	1,60%	1,60%	1,70%	1,60%	1,60%	1,60%	1,50%	1,50%	1,50%	1,40%
3-4 hora	1,40%	1,40%	1,50%	1,30%	1,30%	1,30%	1,20%	1,20%	1,20%	1,20%
4-5 hora	1,20%	1,20%	0,70%	0,30%	0,30%	0,80%	0,90%	1,00%	1,00%	1,20%
5-6 hora	1,10%	0,30%	0,20%	0,60%	1,80%	1,10%	0,80%	1,00%	1,00%	1,00%
6-7 hora	0,80%	1,90%	2,10%	2,20%	1,20%	1,40%	1,00%	1,10%	1,00%	1,20%
7-8 hora	1,60%	1,20%	1,70%	1,30%	1,10%	1,10%	1,40%	1,30%	1,20%	1,20%
8-9 hora	1,90%	2,00%	2,10%	1,80%	1,80%	1,90%	1,90%	2,00%	2,10%	1,90%
9-10 hora	3,40%	3,50%	3,40%	3,40%	3,30%	3,30%	3,60%	3,60%	3,80%	3,80%
10-11 hora	5,30%	5,30%	5,10%	5,20%	5,00%	5,10%	5,40%	5,60%	5,80%	5,80%
11-12 hora	6,50%	6,50%	6,40%	6,50%	6,50%	6,50%	6,60%	6,70%	6,90%	6,90%
12-13 hora	7,00%	6,80%	6,80%	6,80%	6,90%	7,10%	7,10%	7,00%	7,10%	7,20%
13-14 hora	6,10%	6,10%	6,10%	6,10%	6,20%	6,30%	6,30%	6,20%	6,20%	6,20%
14-15 hora	5,40%	5,40%	5,40%	5,40%	5,40%	5,30%	5,40%	5,20%	5,50%	5,30%
15-16 hora	6,50%	6,30%	6,40%	6,40%	6,30%	6,40%	6,50%	6,50%	6,40%	6,40%
16-17 hora	7,60%	7,60%	7,40%	7,50%	7,50%	7,50%	7,50%	7,20%	7,00%	7,20%
17-18 hora	6,20%	6,30%	6,30%	6,40%	6,40%	6,40%	6,20%	6,40%	6,30%	6,20%
18-19 hora	5,60%	5,60%	5,50%	5,80%	5,80%	5,60%	5,70%	5,80%	6,00%	5,80%
19-20 hora	5,20%	5,20%	5,40%	5,50%	5,60%	5,60%	5,50%	5,80%	5,70%	5,70%
20-21 hora	5,30%	5,40%	5,50%	5,70%	5,60%	5,70%	5,60%	5,70%	5,60%	5,50%
21-22 hora	5,30%	5,30%	5,40%	5,50%	5,50%	5,30%	5,30%	5,30%	5,20%	5,00%
22-23 hora	5,20%	5,20%	5,20%	5,30%	5,20%	5,20%	5,20%	5,00%	4,90%	5,00%
23-0 hora	4,30%	4,40%	4,30%	4,30%	4,30%	4,30%	4,20%	4,00%	3,80%	4,00%

TABLA DE DATOS NÚMERO 7: DISTRIBUCIÓN HORARIA DE LA DEMANDA EN EL ÁREA DE GENERALES

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
0-1 hora	3,00%	2,90%	2,90%	2,60%	3,00%	2,70%	2,70%	2,70%	2,60%	2,60%
1-2 hora	2,10%	2,10%	2,00%	2,00%	2,10%	2,00%	2,00%	1,90%	1,80%	2,00%
2-3 hora	1,60%	1,50%	1,50%	1,40%	1,50%	1,50%	1,50%	1,50%	1,50%	1,40%
3-4 hora	1,40%	1,30%	1,40%	1,30%	1,20%	1,20%	1,20%	1,30%	1,30%	1,30%
4-5 hora	1,10%	1,20%	0,70%	0,30%	0,30%	0,70%	1,00%	1,10%	1,10%	1,20%
5-6 hora	1,10%	0,30%	0,20%	0,60%	1,70%	1,10%	0,90%	1,00%	1,10%	1,10%
6-7 hora	0,90%	1,80%	2,10%	2,20%	1,30%	1,50%	1,20%	1,10%	1,10%	1,20%
7-8 hora	1,60%	1,20%	1,80%	1,40%	1,20%	1,20%	1,50%	1,50%	1,30%	1,30%
8-9 hora	2,00%	2,20%	2,30%	2,00%	1,90%	1,90%	2,10%	2,30%	2,40%	2,10%
9-10 hora	3,70%	3,70%	3,70%	3,70%	3,40%	3,40%	3,70%	3,80%	4,00%	3,90%
10-11 hora	5,70%	5,50%	5,50%	5,60%	5,30%	5,40%	5,50%	6,00%	6,10%	6,20%
11-12 hora	7,00%	6,80%	6,90%	7,10%	6,90%	6,90%	6,90%	7,20%	7,30%	7,30%
12-13 hora	7,40%	7,20%	7,20%	7,40%	7,30%	7,60%	7,60%	7,60%	7,60%	7,90%
13-14 hora	6,20%	6,40%	6,50%	6,60%	6,70%	7,00%	6,90%	6,80%	6,80%	6,90%
14-15 hora	5,60%	5,60%	5,70%	5,90%	5,70%	5,90%	6,20%	5,80%	6,10%	6,00%
15-16 hora	6,80%	6,80%	6,80%	6,90%	6,80%	7,10%	7,20%	7,20%	7,10%	7,20%
16-17 hora	8,00%	8,10%	7,80%	8,00%	7,90%	8,30%	8,10%	7,60%	7,50%	7,60%
17-18 hora	6,30%	6,60%	6,50%	6,60%	6,50%	6,80%	6,60%	6,50%	6,30%	6,10%
18-19 hora	5,50%	5,60%	5,50%	5,80%	5,70%	5,70%	5,60%	5,40%	5,50%	5,30%
19-20 hora	4,80%	4,90%	5,10%	5,20%	5,30%	5,30%	4,90%	5,10%	5,10%	5,10%
20-21 hora	4,70%	4,90%	4,90%	4,90%	5,10%	5,00%	4,80%	4,80%	4,80%	4,60%
21-22 hora	4,80%	4,70%	4,70%	4,50%	4,90%	4,20%	4,20%	4,40%	4,40%	4,20%
22-23 hora	4,70%	4,70%	4,50%	4,40%	4,50%	4,10%	4,10%	4,00%	4,00%	4,10%
23-0 hora	4,00%	4,00%	3,80%	3,60%	3,80%	3,50%	3,60%	3,40%	3,20%	3,40%

TABLA DE DATOS NÚMERO 8: DISTRIBUCIÓN HORARIA DE LA DEMANDA EN EL ÁREA DE TRAUMATOLOGÍA

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
0-1 hora	3,40%	3,50%	3,50%	3,10%	3,00%	3,10%	2,50%	2,40%	2,50%	2,40%
1-2 hora	2,00%	2,30%	2,10%	1,80%	1,90%	1,70%	1,60%	1,50%	1,40%	1,50%
2-3 hora	1,40%	1,50%	1,50%	1,30%	1,10%	1,30%	1,00%	1,20%	1,00%	1,00%
3-4 hora	1,10%	1,20%	1,40%	1,10%	1,00%	1,00%	0,80%	0,70%	0,80%	0,70%
4-5 hora	1,00%	0,80%	0,50%	0,20%	0,20%	0,50%	0,70%	0,60%	0,60%	0,70%
5-6 hora	0,80%	0,20%	0,10%	0,30%	1,30%	0,70%	0,50%	0,80%	0,60%	0,70%
6-7 hora	0,60%	1,50%	1,50%	1,50%	0,80%	1,10%	0,60%	0,70%	0,60%	0,70%
7-8 hora	1,10%	0,90%	1,10%	1,10%	0,80%	0,90%	1,10%	0,90%	0,80%	0,80%
8-9 hora	1,40%	1,40%	1,20%	1,40%	1,40%	1,70%	1,70%	1,70%	1,70%	1,80%
9-10 hora	2,40%	3,00%	2,50%	2,70%	3,10%	3,50%	3,60%	3,40%	3,40%	3,60%
10-11 hora	4,00%	4,30%	3,80%	4,50%	5,10%	5,00%	5,40%	5,20%	5,80%	5,40%
11-12 hora	4,60%	5,60%	5,20%	5,50%	6,20%	6,40%	6,70%	6,50%	6,70%	6,80%
12-13 hora	5,60%	5,40%	5,60%	6,10%	6,50%	6,50%	6,90%	6,60%	7,00%	6,90%
13-14 hora	5,40%	5,20%	5,40%	5,20%	5,50%	5,50%	6,00%	5,90%	6,20%	6,10%
14-15 hora	5,00%	5,10%	5,30%	5,10%	5,40%	4,70%	4,90%	5,30%	5,60%	5,30%
15-16 hora	6,10%	5,40%	5,80%	5,90%	5,90%	5,60%	6,10%	6,60%	6,80%	6,60%
16-17 hora	7,00%	6,20%	7,10%	7,70%	7,50%	6,90%	7,50%	7,80%	7,20%	7,80%
17-18 hora	6,30%	5,80%	5,70%	6,50%	6,70%	5,90%	6,20%	6,70%	6,70%	6,80%
18-19 hora	6,20%	6,00%	5,80%	6,40%	6,10%	5,60%	6,10%	6,70%	6,70%	6,40%
19-20 hora	6,70%	6,50%	6,20%	6,10%	6,30%	6,20%	6,20%	6,60%	6,30%	6,40%
20-21 hora	7,80%	7,60%	8,00%	7,50%	6,80%	7,60%	6,90%	6,60%	6,70%	6,70%
21-22 hora	7,80%	8,00%	8,00%	7,40%	6,70%	7,50%	6,90%	6,50%	6,10%	5,90%
22-23 hora	7,20%	7,40%	7,30%	6,70%	6,30%	6,50%	6,00%	5,40%	5,10%	5,20%
23-0 hora	5,10%	5,20%	5,40%	4,90%	4,40%	4,60%	4,10%	3,70%	3,70%	3,80%

TABLA DE DATOS NÚMERO 9: DISTRIBUCIÓN HORARIA DE LA DEMANDA EN EL ÁREA DE PEDIATRÍA

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
0-1 hora	5,00%	5,40%	5,40%	5,80%	5,40%	5,80%	5,40%	4,60%	4,70%	4,60%
1-2 hora	3,40%	4,10%	3,80%	3,80%	3,90%	3,80%	3,50%	3,10%	3,20%	3,30%
2-3 hora	2,20%	2,50%	2,90%	2,60%	3,10%	2,80%	2,60%	2,50%	2,40%	2,40%
3-4 hora	1,70%	2,00%	2,00%	2,10%	2,40%	2,10%	1,90%	1,70%	1,70%	1,90%
4-5 hora	1,40%	1,40%	1,00%	0,60%	0,40%	1,10%	1,20%	1,30%	1,20%	1,50%
5-6 hora	0,80%	0,20%	0,10%	0,80%	2,60%	1,20%	1,10%	1,20%	0,90%	1,20%
6-7 hora	0,80%	1,80%	2,30%	2,70%	1,30%	1,60%	1,30%	1,10%	1,10%	1,30%
7-8 hora	1,20%	0,90%	1,30%	0,90%	0,90%	1,00%	1,40%	1,30%	1,10%	1,10%
8-9 hora	1,20%	1,00%	0,90%	1,00%	1,10%	1,40%	1,20%	1,20%	1,40%	1,30%
9-10 hora	2,00%	1,80%	1,60%	1,20%	1,60%	1,80%	2,30%	2,30%	2,50%	2,30%
10-11 hora	3,60%	3,60%	2,70%	2,60%	3,10%	3,20%	3,60%	3,80%	3,80%	3,50%
11-12 hora	5,30%	4,80%	4,00%	3,70%	4,40%	4,40%	4,80%	5,10%	4,90%	5,10%
12-13 hora	5,90%	5,40%	4,50%	4,40%	4,80%	4,90%	5,10%	5,10%	5,60%	5,30%
13-14 hora	5,40%	4,70%	4,30%	3,80%	4,10%	4,30%	4,00%	4,60%	4,10%	4,20%
14-15 hora	5,30%	4,50%	4,00%	3,50%	3,80%	3,40%	3,70%	3,40%	3,80%	3,70%
15-16 hora	5,20%	5,10%	4,80%	4,20%	3,90%	4,10%	4,40%	4,20%	4,50%	4,40%
16-17 hora	6,70%	6,30%	5,10%	4,50%	4,70%	4,90%	5,00%	5,50%	5,40%	5,80%
17-18 hora	6,50%	5,30%	5,80%	4,90%	5,00%	4,80%	5,10%	5,70%	6,10%	6,00%
18-19 hora	6,70%	5,70%	6,00%	5,10%	6,00%	5,20%	5,70%	6,40%	6,90%	6,60%
19-20 hora	6,20%	6,20%	7,00%	6,10%	6,20%	6,00%	6,50%	6,90%	6,90%	6,70%
20-21 hora	6,40%	6,80%	6,30%	8,00%	6,70%	6,20%	7,20%	7,00%	6,70%	6,80%
21-22 hora	5,10%	6,40%	7,10%	8,60%	7,30%	7,50%	7,00%	6,90%	6,90%	6,40%
22-23 hora	6,30%	7,40%	8,80%	10,10%	9,10%	9,50%	8,70%	8,40%	7,80%	8,10%
23-0 hora	5,70%	6,70%	8,30%	9,00%	8,20%	9,00%	7,30%	6,70%	6,40%	6,50%

TABLA DE DATOS NÚMERO 10: DISTRIBUCIÓN HORARIA DE LA DEMANDA EN EL ÁREA DE GINECOLOGÍA

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
0-1 hora	2,90%	3,40%	2,80%	3,30%	3,10%	2,90%	2,60%	2,60%	2,50%	2,30%
1-2 hora	1,10%	2,10%	1,70%	2,50%	2,40%	1,80%	1,80%	2,10%	1,60%	1,40%
2-3 hora	1,50%	1,60%	1,60%	1,20%	1,40%	0,90%	1,30%	1,20%	1,20%	1,00%
3-4 hora	0,80%	1,50%	1,10%	1,30%	1,00%	0,90%	1,10%	0,90%	0,70%	1,10%
4-5 hora	1,10%	1,10%	0,40%	0,40%	0,70%	0,60%	0,60%	0,40%	0,60%	0,50%
5-6 hora	0,80%	0,20%	0,10%	0,70%	1,60%	0,80%	0,60%	0,50%	0,50%	0,50%
6-7 hora	0,60%	2,20%	1,00%	1,50%	0,70%	1,10%	0,60%	0,50%	0,60%	0,90%
7-8 hora	1,30%	0,60%	0,90%	1,10%	0,90%	0,90%	0,90%	0,90%	0,90%	0,80%
8-9 hora	1,90%	1,50%	1,40%	1,40%	1,60%	1,60%	1,80%	1,70%	2,20%	1,50%
9-10 hora	3,10%	3,50%	3,60%	3,80%	3,80%	3,30%	3,30%	3,40%	4,10%	3,60%
10-11 hora	4,60%	5,90%	5,10%	4,90%	4,90%	4,80%	5,40%	5,30%	4,60%	5,90%
11-12 hora	6,10%	5,20%	5,40%	5,40%	5,70%	6,50%	6,40%	6,10%	7,10%	6,60%
12-13 hora	7,20%	6,30%	6,50%	5,20%	6,00%	6,40%	7,20%	6,70%	6,50%	6,10%
13-14 hora	7,00%	4,90%	5,70%	4,90%	5,30%	5,80%	6,00%	5,80%	5,70%	6,00%
14-15 hora	4,90%	6,60%	4,80%	4,20%	5,20%	4,60%	4,40%	4,40%	4,30%	5,60%
15-16 hora	6,50%	5,90%	6,80%	5,10%	5,80%	6,00%	5,60%	6,40%	6,70%	6,30%
16-17 hora	7,90%	8,20%	8,60%	6,00%	7,00%	7,60%	7,90%	7,90%	7,80%	8,00%
17-18 hora	8,10%	7,80%	8,00%	7,30%	7,10%	7,10%	6,80%	8,50%	7,80%	8,20%
18-19 hora	7,10%	6,70%	7,40%	7,70%	6,50%	7,60%	7,40%	6,50%	8,00%	7,20%
19-20 hora	6,50%	7,30%	7,70%	7,30%	7,60%	6,00%	7,30%	6,40%	7,10%	6,80%
20-21 hora	5,60%	6,30%	6,90%	7,10%	5,60%	7,40%	6,20%	7,50%	6,20%	6,50%
21-22 hora	4,80%	3,80%	4,80%	7,50%	6,90%	5,90%	5,20%	5,40%	4,90%	5,00%
22-23 hora	4,60%	3,90%	4,50%	5,60%	5,40%	5,20%	5,40%	4,80%	5,40%	4,30%
23-0 hora	4,00%	3,50%	3,20%	4,60%	3,80%	4,30%	4,20%	4,10%	3,00%	3,90%

TABLA DE DATOS NÚMERO 11: DISTRIBUCIÓN HORARIA DE LA DEMANDA EN EL ÁREA DE TOCOLOGÍA

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
0-1 hora	4,90%	3,80%	5,20%	5,20%	4,40%	4,40%	4,90%	4,80%	4,40%	4,30%
1-2 hora	4,10%	3,80%	3,90%	3,60%	3,50%	3,60%	4,30%	4,00%	4,50%	4,20%
2-3 hora	3,80%	3,90%	4,40%	4,30%	4,30%	3,70%	3,50%	4,10%	3,40%	3,70%
3-4 hora	4,00%	4,50%	3,50%	3,00%	3,20%	3,50%	3,90%	3,70%	4,00%	3,30%
4-5 hora	3,30%	3,10%	1,70%	1,20%	0,60%	2,70%	2,80%	3,20%	3,10%	3,50%
5-6 hora	3,20%	0,80%	0,50%	1,50%	5,60%	3,70%	3,10%	2,90%	3,30%	3,30%
6-7 hora	2,80%	6,60%	5,70%	6,30%	3,90%	4,30%	3,40%	3,70%	3,50%	3,50%
7-8 hora	4,00%	3,30%	5,10%	3,80%	3,10%	3,50%	3,90%	3,80%	3,50%	3,60%
8-9 hora	3,70%	2,80%	3,80%	3,50%	4,00%	4,20%	4,00%	3,90%	3,20%	3,60%
9-10 hora	4,30%	4,50%	4,10%	4,20%	3,80%	4,20%	4,10%	3,90%	4,30%	3,80%
10-11 hora	5,30%	4,70%	4,90%	4,30%	4,50%	4,30%	4,80%	4,80%	3,80%	4,70%
11-12 hora	4,80%	4,90%	4,30%	5,20%	4,40%	4,10%	4,30%	4,40%	5,00%	4,50%
12-13 hora	5,30%	4,80%	4,90%	4,20%	4,50%	5,20%	3,90%	4,40%	3,90%	4,70%
13-14 hora	3,80%	3,80%	3,90%	3,70%	3,90%	3,80%	3,90%	3,90%	3,40%	3,60%
14-15 hora	3,40%	3,10%	2,70%	3,70%	2,70%	3,40%	2,80%	2,60%	2,90%	3,10%
15-16 hora	3,60%	3,40%	4,10%	4,30%	3,90%	4,20%	4,50%	3,50%	3,50%	3,90%
16-17 hora	5,00%	4,40%	5,20%	4,20%	5,20%	4,30%	3,80%	4,10%	4,20%	4,40%
17-18 hora	4,60%	4,90%	4,70%	4,70%	4,60%	4,80%	4,60%	4,10%	4,90%	4,70%
18-19 hora	4,50%	4,40%	4,50%	5,30%	6,30%	4,60%	4,80%	4,70%	5,80%	4,20%
19-20 hora	4,40%	5,00%	4,40%	5,20%	4,70%	5,00%	5,20%	5,30%	4,90%	5,70%
20-21 hora	4,40%	5,30%	4,10%	5,20%	4,90%	4,50%	4,90%	4,90%	5,00%	4,80%
21-22 hora	4,40%	4,30%	5,20%	5,00%	4,60%	4,60%	4,70%	5,00%	5,30%	4,50%
22-23 hora	4,30%	4,70%	3,70%	4,10%	4,30%	4,50%	5,30%	5,00%	5,10%	6,10%
23-0 hora	4,10%	5,20%	5,50%	4,30%	5,10%	4,90%	4,60%	5,30%	5,10%	4,30%

TABLA DE DATOS NÚMERO 12: DISTRIBUCIÓN HORARIA DE LA DEMANDA EN EL ÁREA DE OFTALMOLOGÍA

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
0-1 hora	3,20%	3,50%	3,30%	3,10%	3,30%	3,00%	2,20%	1,80%	1,60%	1,50%
1-2 hora	1,50%	1,80%	1,30%	1,70%	1,80%	1,00%	1,40%	1,10%	1,00%	0,80%
2-3 hora	0,80%	1,30%	1,30%	1,50%	1,20%	0,70%	0,90%	0,80%	0,60%	0,50%
3-4 hora	1,00%	0,60%	1,10%	0,90%	1,00%	0,90%	0,60%	0,40%	0,30%	0,50%
4-5 hora	0,50%	0,70%	0,70%	0,10%	0,30%	0,30%	0,40%	0,40%	0,30%	0,60%
5-6 hora	0,40%	0,10%	0,00%	0,20%	0,60%	0,40%	0,30%	0,30%	0,30%	0,30%
6-7 hora	0,20%	0,60%	0,50%	0,70%	0,60%	0,30%	0,30%	0,30%	0,30%	0,30%
7-8 hora	0,40%	0,60%	0,70%	0,50%	0,30%	0,30%	0,40%	0,70%	0,50%	0,60%
8-9 hora	1,80%	1,60%	2,30%	1,70%	1,30%	1,40%	2,10%	2,40%	2,70%	2,30%
9-10 hora	4,40%	5,90%	4,70%	5,60%	3,10%	3,90%	5,80%	6,00%	7,30%	7,50%
10-11 hora	7,10%	9,80%	7,70%	7,80%	5,60%	6,70%	8,20%	9,70%	10,20%	10,60%
11-12 hora	8,70%	9,50%	7,90%	8,50%	7,40%	8,20%	9,00%	8,70%	10,70%	10,50%
12-13 hora	9,10%	9,30%	8,40%	7,30%	8,20%	9,30%	8,50%	8,70%	9,00%	9,60%
13-14 hora	6,10%	7,80%	6,40%	6,60%	6,70%	6,90%	7,60%	7,00%	6,60%	7,40%
14-15 hora	3,50%	3,70%	3,90%	4,60%	4,80%	5,00%	4,90%	5,30%	5,20%	4,00%
15-16 hora	5,60%	3,50%	3,40%	4,40%	5,20%	5,60%	5,60%	5,30%	4,40%	5,40%
16-17 hora	5,60%	4,50%	4,80%	5,70%	6,40%	5,80%	6,70%	6,20%	6,90%	6,90%
17-18 hora	4,40%	4,00%	5,30%	4,70%	5,10%	5,70%	5,20%	5,60%	5,60%	5,30%
18-19 hora	4,80%	4,70%	4,00%	5,00%	5,00%	4,40%	5,20%	5,10%	5,10%	4,60%
19-20 hora	5,40%	5,30%	4,20%	5,70%	6,30%	5,40%	5,40%	5,20%	4,70%	4,90%
20-21 hora	6,60%	5,40%	7,20%	6,90%	8,40%	7,00%	6,00%	5,70%	5,20%	5,20%
21-22 hora	8,10%	7,30%	8,80%	6,60%	6,60%	6,60%	5,10%	5,00%	4,60%	4,20%
22-23 hora	5,60%	5,10%	6,70%	6,20%	6,00%	6,20%	4,50%	4,70%	4,10%	3,60%
23-0 hora	5,20%	3,40%	5,40%	4,00%	4,80%	5,00%	3,70%	3,60%	2,80%	2,90%

TABLA DE DATOS NÚMERO 13: DISTRIBUCIÓN HORARIA DE LA DEMANDA EN EL ÁREA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
0-1 hora	5,10%	4,50%	5,70%	4,30%	5,00%	5,40%	4,60%	2,90%	3,50%	3,10%
1-2 hora	3,10%	3,20%	2,60%	3,00%	2,70%	3,10%	3,20%	2,40%	1,60%	2,20%
2-3 hora	2,00%	1,40%	2,10%	2,70%	2,10%	1,30%	1,50%	1,20%	1,20%	1,30%
3-4 hora	1,70%	1,20%	2,20%	1,40%	1,20%	1,30%	1,20%	1,20%	1,20%	1,10%
4-5 hora	1,40%	1,40%	0,10%	0,30%	0,40%	0,90%	0,90%	0,90%	1,00%	1,00%
5-6 hora	1,20%	0,80%	0,00%	0,20%	1,90%	1,00%	1,00%	1,00%	0,80%	1,10%
6-7 hora	0,60%	1,70%	2,30%	2,40%	0,90%	1,30%	1,10%	0,90%	1,10%	1,40%
7-8 hora	1,40%	1,20%	1,20%	0,60%	0,90%	0,80%	1,60%	1,30%	1,20%	1,00%
8-9 hora	2,20%	2,20%	1,10%	1,40%	1,10%	2,20%	1,70%	1,90%	2,80%	2,60%
9-10 hora	4,20%	2,80%	4,10%	3,20%	2,70%	2,30%	3,70%	4,60%	5,30%	4,70%
10-11 hora	3,40%	7,80%	4,70%	4,40%	3,90%	4,30%	6,00%	5,30%	6,90%	6,50%
11-12 hora	6,70%	6,50%	5,80%	4,80%	6,20%	6,90%	6,10%	6,80%	7,00%	7,50%
12-13 hora	6,50%	7,90%	6,10%	5,90%	6,50%	6,50%	6,60%	6,30%	6,40%	6,30%
13-14 hora	4,50%	5,30%	5,40%	4,00%	5,70%	5,00%	4,60%	5,30%	4,60%	5,00%
14-15 hora	2,60%	3,00%	2,70%	3,10%	4,10%	3,60%	3,80%	4,00%	4,10%	4,30%
15-16 hora	3,70%	3,10%	2,80%	4,60%	4,60%	5,10%	5,00%	6,00%	5,20%	4,90%
16-17 hora	5,30%	5,00%	5,50%	4,80%	6,30%	5,70%	7,10%	7,30%	6,00%	6,00%
17-18 hora	4,50%	4,30%	4,20%	4,40%	4,90%	6,20%	5,00%	6,00%	5,60%	5,20%
18-19 hora	4,40%	3,90%	3,80%	4,40%	6,00%	4,60%	4,80%	5,00%	4,90%	4,50%
19-20 hora	6,40%	4,50%	4,80%	5,80%	4,10%	5,00%	4,70%	5,60%	5,40%	5,70%
20-21 hora	6,30%	6,60%	8,10%	8,40%	7,10%	6,70%	5,90%	7,10%	6,00%	6,60%
21-22 hora	7,70%	6,50%	8,40%	8,40%	7,20%	5,80%	7,20%	5,40%	6,50%	6,20%
22-23 hora	8,10%	8,20%	8,80%	9,40%	8,20%	7,60%	7,20%	6,30%	6,50%	6,60%
23-0 hora	7,00%	7,00%	7,50%	8,10%	6,30%	7,40%	5,50%	5,30%	5,20%	5,20%

TABLA DE DATOS NÚMERO 14: DISTRIBUCIÓN GENERAL DE LA DEMANDA SEGÚN LOS TURNOS LABORALES.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
MAÑANA	35,60%	35,60%	35,30%	35,20%	35,10%	35,50%	36,30%	36,30%	37,40%	37,10%
TARDE	41,70%	41,70%	41,90%	42,80%	42,70%	42,50%	42,30%	42,70%	42,20%	41,80%
NOCHE	22,70%	22,70%	22,80%	22,00%	22,20%	22,00%	21,40%	21,00%	20,40%	21,10%

TABLA DE DATOS NÚMERO 15: DISTRIBUCIÓN SEGÚN LAS ÁREAS ASISTENCIALES Y EN FUNCIÓN LOS TURNOS LABORALES.

GENERALES	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
MAÑANA	37,60%	37,40%	37,80%	38,30%	37,20%	38,10%	38,90%	39,50%	40,30%	40,30%
TARDE	40,90%	41,60%	41,30%	41,90%	42,20%	42,40%	41,40%	41,00%	40,70%	40,10%
NOCHE	21,50%	21,00%	20,90%	19,80%	20,60%	19,50%	19,70%	19,50%	19,00%	19,60%

TRAUMA	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
MAÑANA	28,40%	30,00%	29,00%	30,50%	33,20%	33,30%	35,20%	34,60%	36,40%	35,90%
TARDE	47,90%	45,50%	46,60%	47,50%	46,00%	45,30%	45,90%	47,50%	46,50%	46,60%
NOCHE	23,70%	24,50%	24,40%	22,00%	20,80%	21,40%	18,90%	17,90%	17,10%	17,50%

PEDIATRÍA	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
MAÑANA	28,70%	25,80%	22,00%	20,20%	22,90%	23,40%	24,70%	25,50%	26,10%	25,40%
TARDE	42,80%	41,80%	42,10%	41,40%	39,80%	38,70%	40,90%	42,60%	43,40%	42,70%
NOCHE	28,50%	32,40%	35,90%	38,40%	37,30%	37,90%	34,40%	31,90%	30,50%	31,90%

GINE	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
MAÑANA	34,80%	33,90%	32,50%	29,80%	32,50%	33,00%	34,50%	33,40%	34,50%	35,30%
TARDE	46,50%	46,00%	50,20%	48,00%	46,50%	47,60%	46,40%	48,60%	48,50%	48,00%
NOCHE	18,70%	20,10%	17,30%	22,20%	21,00%	19,40%	19,10%	18,00%	17,00%	16,70%

TOCOLOGÍA	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
MAÑANA	30,60%	28,60%	28,60%	28,80%	27,80%	29,20%	27,80%	27,90%	26,50%	28,00%
TARDE	30,90%	31,70%	32,20%	33,90%	34,20%	32,00%	32,50%	31,60%	33,60%	32,20%
NOCHE	38,50%	39,70%	39,20%	37,30%	38,00%	38,80%	39,70%	40,50%	39,90%	39,80%

OFT	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
MAÑANA	40,70%	47,60%	41,30%	42,10%	37,10%	41,40%	46,10%	47,80%	51,70%	51,90%
TARDE	40,50%	34,70%	37,70%	39,00%	43,00%	40,50%	39,20%	38,10%	36,50%	36,50%
NOCHE	18,80%	17,70%	21,00%	18,90%	19,90%	18,10%	14,70%	14,10%	11,80%	11,60%

ORL	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
MAÑANA	30,10%	35,50%	29,90%	26,80%	30,20%	30,80%	32,50%	34,20%	37,10%	36,90%
TARDE	38,30%	33,90%	37,60%	40,80%	40,20%	39,10%	39,70%	42,40%	39,60%	39,10%
NOCHE	31,60%	30,60%	32,50%	32,40%	29,60%	30,10%	27,80%	23,40%	23,30%	24,00%

TABLA DE DATOS NÚMERO 16: DISTRIBUCIÓN SEMANAL GENERAL DE LA DEMANDA.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
LUNES	15,80%	16,00%	15,80%	15,70%	15,70%	15,60%	15,90%	16,10%	15,90%	15,80%
MARTES	13,90%	14,10%	14,40%	14,10%	13,90%	14,10%	14,20%	14,10%	14,50%	14,40%
MIÉRCOLES	13,80%	13,90%	13,90%	14,00%	14,00%	13,90%	13,80%	13,90%	14,20%	14,20%
JUEVES	14,10%	14,00%	13,80%	13,60%	14,00%	13,80%	14,00%	13,90%	14,00%	14,10%
VIERNES	14,80%	14,90%	14,50%	14,50%	14,50%	14,40%	14,40%	14,30%	14,60%	14,70%
SÁBADO	13,80%	13,50%	13,90%	14,10%	14,10%	14,20%	13,80%	13,70%	13,40%	13,40%
DOMINGO	13,80%	13,60%	13,70%	14,00%	13,80%	14,00%	13,90%	14,00%	13,40%	13,40%

TABLA DE DATOS NÚMERO 17: DISTRIBUCIÓN SEMANAL DE LA DEMANDA EN LAS DIFERENTES ÁREAS ASISTENCIALES.

GENERALES	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
LUNES	16,00%	16,30%	16,10%	16,10%	16,00%	15,90%	16,70%	16,70%	16,10%	16,70%
MARTES	14,20%	14,40%	14,70%	14,20%	14,30%	14,40%	14,80%	14,50%	14,90%	14,80%
MIÉRCOLES	14,10%	14,30%	14,20%	14,40%	14,00%	14,10%	14,00%	14,30%	14,60%	14,70%
JUEVES	14,40%	14,00%	14,10%	13,80%	14,10%	13,90%	14,20%	14,20%	14,30%	14,20%
VIERNES	14,90%	15,00%	14,60%	14,70%	14,70%	14,40%	14,50%	14,50%	15,00%	15,10%
SÁBADO	12,90%	12,80%	13,20%	13,40%	13,50%	13,50%	12,80%	12,70%	12,60%	12,40%
DOMINGO	13,50%	13,20%	13,10%	13,40%	13,40%	13,80%	13,00%	13,10%	12,50%	12,10%

TRAUMA	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
LUNES	15,50%	15,20%	15,40%	15,20%	15,50%	15,50%	14,90%	15,90%	16,10%	15,30%
MARTES	12,50%	12,40%	13,80%	13,70%	13,00%	13,70%	13,20%	13,80%	14,30%	14,20%
MIÉRCOLES	12,60%	13,20%	13,00%	12,70%	14,20%	13,60%	13,70%	13,30%	13,70%	13,80%
JUEVES	13,10%	13,40%	12,40%	13,50%	13,60%	13,40%	14,10%	13,60%	13,70%	13,90%
VIERNES	14,10%	14,50%	14,20%	14,30%	14,30%	14,30%	14,10%	13,90%	13,90%	14,70%
SABADO	16,90%	16,00%	15,50%	15,20%	15,30%	15,40%	15,40%	14,90%	14,10%	14,20%
DOMINGO	15,30%	15,30%	15,70%	15,40%	14,10%	14,10%	14,60%	14,60%	14,20%	13,90%

PEDIATRIA	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
LUNES	14,20%	14,50%	13,60%	14,00%	13,90%	14,50%	13,80%	14,00%	13,80%	14,10%
MARTES	12,50%	13,40%	12,90%	12,10%	12,90%	12,30%	12,10%	12,50%	13,10%	12,40%
MIÉRCOLES	12,50%	11,20%	12,00%	12,10%	13,40%	12,40%	12,60%	12,30%	12,40%	12,30%
JUEVES	13,10%	13,40%	12,10%	12,80%	12,40%	12,60%	12,70%	12,80%	12,90%	13,30%
VIERNES	14,70%	14,20%	13,40%	13,70%	13,10%	13,90%	13,80%	13,40%	13,70%	13,20%
SABADO	17,20%	16,20%	18,10%	18,10%	17,40%	17,30%	16,30%	17,10%	16,50%	16,40%
DOMINGO	15,80%	17,10%	17,90%	17,20%	16,90%	17,00%	18,70%	17,90%	17,60%	18,30%

GINE	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
LUNES	15,70%	16,50%	16,30%	16,00%	17,40%	15,10%	15,20%	16,60%	17,40%	16,20%
MARTES	14,10%	15,00%	14,20%	15,70%	14,70%	13,50%	14,50%	14,10%	14,20%	14,30%
MIERCOLES	12,90%	14,00%	15,00%	15,20%	14,30%	15,10%	14,80%	13,80%	15,40%	14,60%
JUEVES	14,40%	15,70%	14,00%	13,60%	14,00%	15,90%	15,40%	14,10%	13,20%	13,80%
VIERNES	15,60%	14,80%	16,80%	13,00%	14,80%	14,70%	13,10%	14,80%	15,20%	14,90%
SABADO	13,50%	11,90%	11,90%	13,10%	11,80%	13,40%	12,90%	13,00%	12,30%	13,10%
DOMINGO	13,80%	12,10%	11,80%	13,40%	13,00%	12,30%	14,10%	13,60%	12,30%	13,10%

TOCOLOGÍA	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
LUNES	15,00%	15,10%	15,00%	15,40%	15,20%	16,10%	16,10%	16,10%	14,90%	14,40%
MARTES	14,30%	15,00%	14,80%	14,90%	13,70%	13,70%	14,60%	15,20%	15,10%	14,60%
MIERCOLES	14,90%	14,10%	13,20%	13,90%	14,90%	15,40%	14,80%	14,10%	14,50%	13,80%
JUEVES	14,20%	13,80%	15,50%	14,20%	15,10%	13,70%	13,60%	14,10%	15,90%	16,10%
VIERNES	15,20%	15,20%	13,10%	15,20%	15,00%	14,00%	14,80%	13,20%	14,00%	12,80%
SABADO	12,60%	13,00%	14,00%	12,90%	13,80%	13,30%	13,00%	12,60%	12,30%	13,70%
DOMINGO	13,80%	13,80%	14,40%	13,50%	12,30%	13,80%	13,10%	14,70%	13,30%	14,60%

OFT	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
LUNES	15,50%	15,60%	15,00%	17,10%	12,10%	14,60%	15,30%	16,20%	17,30%	16,80%
MARTES	15,80%	12,80%	12,80%	14,90%	12,60%	15,30%	14,90%	15,30%	15,30%	15,40%
MIERCOLES	15,80%	13,10%	18,30%	14,20%	14,30%	15,00%	13,70%	15,80%	16,50%	15,80%
JUEVES	13,10%	15,00%	14,00%	14,50%	16,90%	16,50%	14,20%	14,40%	15,50%	15,80%
VIERNES	14,80%	14,20%	16,70%	14,60%	14,30%	15,90%	17,60%	16,30%	15,90%	16,60%
SABADO	15,10%	18,70%	13,00%	14,60%	17,10%	13,00%	14,10%	11,70%	10,70%	10,50%
DOMINGO	9,90%	10,60%	10,20%	10,10%	12,70%	9,70%	10,20%	10,30%	8,80%	9,10%

ORL	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
LUNES	14,90%	17,00%	14,90%	14,10%	14,80%	14,10%	15,90%	15,60%	16,10%	13,80%
MARTES	15,40%	13,90%	14,70%	14,00%	13,80%	13,20%	14,30%	15,40%	13,60%	15,40%
MIERCOLES	13,60%	15,10%	15,00%	15,00%	15,30%	14,60%	13,80%	14,10%	15,40%	14,80%
JUEVES	15,40%	15,00%	15,20%	13,80%	15,20%	16,00%	12,90%	14,40%	14,00%	14,20%
VIERNES	14,10%	15,10%	13,10%	12,50%	14,70%	14,80%	14,40%	14,10%	15,80%	14,80%
SABADO	14,30%	12,60%	14,60%	14,60%	11,80%	13,90%	14,20%	12,30%	11,80%	13,70%
DOMINGO	12,30%	11,30%	12,50%	16,00%	14,40%	13,40%	14,50%	14,10%	13,30%	13,30%

TABLA DE DATOS NÚMERO 18: DISTRIBUCIÓN MENSUAL GENERAL DE LA DEMANDA

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
2000	8,60%	7,80%	8,30%	8,40%	8,80%	8,40%	9,00%	9,60%	7,60%	8,00%	7,50%	8,00%
2001	7,90%	7,40%	8,30%	8,10%	8,30%	8,80%	9,10%	9,50%	7,80%	8,50%	7,70%	8,60%
2002	8,70%	7,70%	8,60%	7,90%	8,20%	8,30%	9,00%	9,40%	7,80%	8,00%	7,80%	8,60%
2003	8,10%	7,40%	8,30%	8,30%	8,50%	8,40%	8,60%	9,30%	7,90%	8,00%	8,80%	8,40%
2004	8,20%	7,50%	8,30%	8,10%	8,40%	8,40%	8,50%	9,10%	8,00%	8,40%	7,80%	9,30%
2005	8,60%	7,30%	8,60%	7,80%	8,70%	8,40%	8,70%	9,40%	8,00%	8,30%	7,80%	8,40%
2006	8,30%	7,60%	8,60%	8,40%	8,70%	8,30%	8,70%	9,00%	7,60%	8,10%	8,10%	8,60%
2007	8,60%	7,80%	8,00%	8,30%	8,50%	8,20%	8,80%	8,80%	7,80%	8,30%	8,20%	8,70%
2008	8,70%	8,20%	8,30%	7,80%	8,00%	8,10%	8,40%	8,70%	7,70%	8,50%	8,00%	9,60%
2009	8,30%	7,30%	8,60%	8,30%	8,50%	8,30%	8,60%	9,10%	7,70%	8,50%	8,60%	8,20%

TABLA DE DATOS NÚMERO 19: DISTRIBUCIÓN MENSUAL DE LA DEMANDA POR ÁREAS ASISTENCIALES.

GEN	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
2000	9,20%	7,50%	8,20%	8,30%	8,80%	8,00%	9,20%	9,40%	7,50%	7,60%	7,80%	8,50%
2001	8,30%	7,30%	8,40%	8,20%	8,20%	8,90%	9,50%	9,30%	7,40%	8,10%	7,40%	9,00%
2002	8,60%	6,90%	8,70%	7,90%	8,40%	8,70%	8,80%	9,80%	7,50%	7,90%	8,00%	8,80%
2003	8,30%	7,20%	8,30%	8,40%	8,30%	8,60%	8,30%	8,30%	7,60%	7,90%	9,10%	9,70%
2004	8,90%	8,30%	9,00%	9,10%	8,70%	7,90%	7,90%	8,10%	7,30%	7,70%	7,40%	9,70%
2005	10,10%	8,10%	8,50%	7,80%	9,10%	8,30%	7,60%	9,30%	8,20%	7,90%	7,30%	7,80%
2006	8,80%	7,70%	9,50%	8,40%	9,00%	8,50%	8,20%	8,70%	7,60%	8,10%	7,70%	7,80%
2007	9,10%	8,20%	8,00%	8,60%	8,70%	8,80%	8,40%	8,50%	7,10%	7,80%	7,80%	9,00%
2008	9,20%	8,70%	8,70%	8,20%	7,40%	8,20%	8,30%	8,40%	7,60%	8,30%	8,00%	9,00%
2009	8,60%	7,30%	8,50%	8,60%	8,60%	8,30%	8,60%	8,80%	7,60%	8,30%	8,70%	8,10%

TRAU	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUNI	JULI	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
2000	6,70%	7,40%	7,70%	8,20%	8,90%	10,30%	9,50%	11,60%	7,80%	9,70%	6,50%	5,70%
2001	6,30%	7,10%	7,80%	7,40%	9,50%	7,60%	7,30%	11,50%	10,00%	9,70%	8,40%	7,40%
2002	7,20%	7,60%	8,00%	8,60%	7,90%	7,50%	10,80%	9,10%	9,70%	8,60%	7,50%	7,50%
2003	7,00%	7,30%	8,50%	7,50%	9,60%	8,40%	10,60%	12,50%	8,60%	7,90%	6,80%	5,30%
2004	6,50%	4,90%	6,40%	6,20%	7,80%	9,60%	10,20%	12,50%	9,90%	10,20%	8,50%	7,30%
2005	6,00%	6,10%	8,50%	7,50%	8,10%	8,50%	11,50%	10,00%	7,80%	8,70%	8,50%	8,80%
2006	7,40%	6,70%	6,90%	8,60%	8,20%	8,10%	10,50%	10,30%	8,30%	8,30%	8,40%	8,30%
2007	7,30%	7,00%	7,70%	8,10%	8,60%	7,50%	9,90%	10,40%	9,00%	8,80%	8,20%	7,50%
2008	7,70%	7,30%	7,90%	7,50%	8,00%	8,50%	9,50%	10,40%	8,40%	8,80%	7,60%	8,40%
2009	7,60%	7,00%	8,50%	8,00%	8,20%	8,80%	9,60%	10,50%	8,10%	8,00%	7,50%	8,20%

PED	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
2000	8,30%	12,40%	10,10%	9,00%	7,90%	9,10%	5,90%	7,80%	7,20%	8,50%	6,10%	7,70%
2001	7,20%	8,40%	8,50%	7,80%	7,10%	10,00%	7,30%	7,50%	8,60%	9,50%	9,40%	8,70%
2002	12,80%	16,50%	8,60%	6,00%	6,70%	7,00%	7,10%	6,00%	5,20%	8,30%	6,70%	9,10%
2003	8,90%	8,60%	8,20%	8,60%	8,10%	7,80%	7,10%	9,10%	8,10%	8,40%	11,70%	5,40%
2004	7,90%	7,20%	7,30%	5,30%	7,50%	9,80%	8,60%	8,30%	7,80%	9,70%	8,60%	12,00%
2005	6,80%	6,60%	10,30%	7,30%	8,60%	8,60%	8,60%	6,90%	6,40%	9,40%	8,20%	12,30%
2006	8,10%	9,80%	7,80%	8,60%	8,00%	7,50%	6,60%	6,50%	6,10%	8,30%	9,40%	13,30%
2007	10,30%	7,90%	7,70%	7,40%	7,20%	7,70%	7,20%	6,50%	7,10%	9,00%	10,00%	12,00%
2008	9,40%	8,70%	7,20%	6,50%	10,30%	7,10%	6,20%	6,00%	6,10%	8,70%	8,50%	15,30%
2009	8,10%	7,50%	9,70%	7,80%	8,40%	8,10%	6,70%	6,30%	6,80%	10,10%	11,20%	9,30%

GINE	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
2000	6,50%	7,30%	9,10%	9,20%	8,70%	8,90%	7,30%	7,70%	9,90%	8,20%	8,10%	9,10%
2001	7,30%	8,80%	9,60%	7,60%	10,20%	8,00%	8,90%	8,00%	7,30%	9,00%	9,30%	6,00%
2002	9,00%	8,60%	8,80%	8,20%	6,80%	6,40%	8,60%	9,10%	9,10%	8,60%	8,00%	8,80%
2003	7,70%	8,00%	9,40%	10,30%	7,30%	7,90%	9,20%	9,10%	5,90%	8,90%	8,20%	8,10%
2004	7,00%	7,80%	7,00%	6,00%	7,70%	9,30%	9,80%	9,90%	8,80%	9,10%	9,50%	8,10%
2005	6,80%	7,00%	9,20%	7,80%	7,90%	8,00%	10,30%	9,80%	8,70%	8,10%	7,80%	8,60%
2006	6,70%	6,90%	7,10%	7,90%	9,20%	7,90%	8,20%	9,30%	8,10%	9,10%	9,90%	9,70%
2007	7,40%	7,10%	8,50%	8,00%	7,40%	7,20%	10,20%	9,60%	9,50%	9,70%	8,30%	7,10%
2008	8,10%	7,80%	9,00%	8,10%	7,20%	8,50%	9,20%	8,70%	8,00%	8,10%	8,70%	8,60%
2009	9,60%	7,70%	7,60%	8,30%	7,80%	7,50%	9,50%	10,00%	8,40%	7,90%	7,80%	7,90%

TOCO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
2000	8,10%	7,70%	8,50%	9,30%	9,10%	8,50%	9,20%	9,40%	7,10%	7,90%	7,60%	7,60%
2001	8,50%	7,90%	7,90%	9,10%	9,10%	7,90%	9,90%	9,20%	8,60%	8,40%	6,70%	6,80%
2002	7,70%	6,20%	8,40%	7,20%	9,50%	8,90%	8,90%	11,10%	8,70%	7,80%	7,40%	8,20%
2003	8,10%	7,00%	7,60%	7,70%	10,50%	9,20%	8,20%	9,60%	9,90%	7,40%	7,10%	7,70%
2004	7,50%	6,30%	8,50%	7,90%	8,10%	9,10%	9,20%	8,10%	8,20%	9,40%	8,20%	9,50%
2005	8,50%	6,80%	7,40%	8,10%	8,00%	8,00%	9,30%	9,20%	9,10%	7,70%	9,00%	8,90%
2006	9,10%	7,40%	9,50%	7,60%	8,70%	7,90%	8,60%	9,80%	8,50%	7,20%	7,70%	8,00%
2007	8,90%	7,70%	9,50%	9,10%	9,00%	8,20%	8,70%	7,60%	8,60%	7,60%	7,40%	7,70%
2008	7,50%	6,30%	9,20%	8,10%	9,80%	8,10%	9,00%	8,30%	7,90%	9,70%	8,00%	8,10%
2009	8,70%	7,80%	9,40%	8,80%	9,40%	7,90%	7,50%	8,80%	7,50%	8,20%	7,70%	8,30%

OFT	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
2000	6,40%	9,20%	10,40%	8,50%	7,60%	7,50%	8,00%	10,30%	11,40%	8,60%	6,90%	5,20%
2001	5,30%	7,50%	8,20%	9,50%	7,80%	10,60%	9,80%	13,40%	9,60%	8,70%	7,60%	2,00%
2002	9,10%	8,10%	6,80%	9,50%	8,30%	4,50%	12,80%	9,00%	7,50%	8,00%	8,40%	8,00%
2003	6,80%	7,40%	6,60%	10,00%	8,90%	5,70%	9,80%	15,90%	6,60%	9,60%	6,80%	5,90%
2004	3,80%	7,70%	6,20%	7,30%	8,00%	9,20%	11,30%	13,00%	10,00%	9,50%	8,00%	6,00%
2005	5,90%	6,70%	8,80%	8,10%	7,00%	7,20%	10,30%	11,80%	6,40%	8,20%	10,60%	9,00%
2006	5,90%	7,00%	7,60%	8,70%	9,30%	8,50%	9,80%	10,90%	8,00%	8,20%	8,20%	7,90%
2007	6,50%	6,90%	8,30%	8,40%	9,00%	7,40%	10,50%	10,70%	9,20%	8,00%	8,40%	6,70%
2008	7,10%	7,50%	7,90%	8,00%	8,70%	8,70%	9,40%	10,90%	8,60%	8,10%	7,80%	7,30%
2009	7,60%	7,50%	8,50%	9,20%	9,10%	8,40%	9,10%	9,90%	8,30%	8,30%	7,50%	6,60%

ORL	ENE	FEB	MAR	ABRIL	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
2000	9,00%	8,80%	8,30%	8,10%	8,70%	9,20%	9,60%	8,30%	8,50%	7,40%	6,40%	7,70%
2001	6,80%	8,40%	6,80%	8,90%	8,90%	8,90%	7,70%	10,10%	8,30%	11,10%	8,90%	5,20%
2002	13,80%	6,90%	8,30%	10,00%	5,70%	4,80%	7,60%	7,60%	9,50%	9,20%	5,50%	11,10%
2003	8,80%	7,70%	6,10%	8,80%	9,60%	5,90%	10,20%	16,20%	9,10%	8,00%	5,60%	4,00%
2004	3,00%	7,80%	6,30%	6,60%	7,20%	9,00%	11,10%	11,90%	10,80%	9,80%	8,60%	7,90%
2005	5,90%	6,70%	8,80%	8,10%	7,00%	7,20%	10,30%	11,80%	6,40%	8,20%	10,60%	9,00%
2006	8,60%	7,00%	8,70%	8,70%	7,80%	8,30%	10,10%	9,10%	7,70%	7,70%	7,10%	9,20%
2007	8,60%	7,80%	8,00%	8,30%	8,50%	8,20%	8,80%	8,80%	7,80%	8,30%	8,20%	8,70%
2008	8,70%	8,20%	8,30%	7,80%	8,00%	8,10%	8,40%	8,70%	7,70%	8,50%	8,00%	9,60%
2009	8,00%	7,90%	9,60%	7,80%	9,20%	8,30%	8,40%	10,50%	7,60%	8,00%	7,40%	7,30%

TABLA DE DATOS NÚMERO 20: DISTRIBUCIÓN ESTACIONARIA DE LA DEMANDA ASISTENCIAL

	OTOÑO	PRIMAVERA	VERANO	INVIERNO
2000	24,70%	25,60%	26,20%	23,50%
2001	23,60%	25,20%	26,40%	24,80%
2002	25,00%	24,40%	26,20%	24,40%
2003	23,80%	25,20%	25,80%	25,20%
2004	24,00%	24,90%	25,60%	25,50%
2005	24,50%	24,90%	26,10%	24,50%
2006	24,50%	25,40%	25,30%	24,80%
2007	24,40%	25,00%	25,40%	25,20%
2008	25,20%	23,90%	24,80%	26,10%
2009	24,20%	25,10%	25,40%	25,30%

TABLA DE DATOS NÚMERO 21: DISTRIBUCIÓN ANUAL Y MENSUAL DE LOS INGRESOS.

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
2000	9,30%	8,10%	8,40%	8,50%	9,00%	8,40%	8,10%	8,80%	7,40%	8,20%	7,90%	7,90%
2001	8,60%	7,90%	8,30%	8,40%	8,60%	8,40%	8,70%	8,80%	8,00%	8,30%	7,90%	8,10%
2002	8,90%	7,90%	9,10%	8,50%	7,90%	7,90%	8,40%	9,00%	7,90%	8,60%	7,60%	8,30%
2003	8,30%	7,00%	8,00%	8%	8,60%	8,60%	9,00%	9,10%	8,20%	8,10%	8,40%	8,70%
2004	8,60%	8,20%	8,80%	8,20%	8,30%	8,10%	8,40%	8,30%	7,60%	8,20%	7,90%	9,40%
2005	9,90%	8,00%	9,10%	8,20%	8,40%	8,00%	8,40%	8,80%	7,70%	7,60%	7,80%	8,10%
2006	8,60%	7,90%	8,70%	8,40%	8,70%	7,90%	8,40%	8,70%	8,10%	8,20%	8,00%	8,40%
2007	8,90%	7,90%	8,20%	8,60%	8,20%	8,40%	8,70%	8,60%	8,10%	7,90%	8,10%	8,40%
2008	8,80%	8,50%	8,70%	8,00%	8,30%	8,10%	8,60%	8,30%	7,80%	8,40%	8%	8,60%
2009	9,20%	7,60%	9,00%	8,80%	7,90%	7,50%	8,20%	8,90%	7,80%	8,50%	8,50%	8,10%

	% Ingresos
2000	20,33%
2001	18,61%
2002	17%
2003	17,96%
2004	18,49%
2005	18,23%
2006	17,56%
2007	18,02%
2008	17,59%
2009	16,38%

TABLA DE DATOS NÚMERO 22: DISTRIBUCIÓN DE INGRESOS POR ESPECIALIDADES.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
CARDIOLOGÍA	7,40%	7,65%	7,88%	7,24%	6,62%	6,67%	7,22%	6,79%	7,19%	7,13%
C. CARDIACA	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,04%	0,12%	0,05%	0,05%	0,04%	0,06%
C. GENERAL	7,16%	7,10%	7,71%	6,51%	5,75%	5,81%	5,23%	4,94%	5,43%	6,49%
C.MAXILOFACIAL	0,26%	0,26%	0,32%	0,22%	0,32%	0,18%	0,21%	0,24%	0,22%	0,20%
C.PLÁSTICA	0,54%	0,36%	0,38%	0,30%	0,26%	0,42%	0,43%	0,33%	0,34%	0,33%
C.VASCULAR	2,23%	2,20%	2,42%	2,08%	1,85%	1,70%	1,68%	1,45%	1,46%	1,75%
DERMATOLOGÍA	0,07%	0,07%	0,08%	0,03%	0,03%	0,05%	0,02%	0,04%	0,08%	0,11%
DIGESTIVO	5,33%	5,16%	5,75%	4,87%	4,49%	4,42%	4,67%	4,06%	4,66%	4,54%
ENDOCRINO	0,18%	0,17%	0,15%	0,11%	0,15%	0,14%	0,11%	0,10%	0,13%	0,18%
GINE-TOCO	18,61%	18,56%	19,17%	19,05%	19,02%	18,48%	18,99%	17,97%	19,90%	18,74%
HEMATOLOGIA	0,90%	0,69%	0,93%	0,59%	0,58%	0,60%	0,70%	0,52%	0,73%	0,67%
M.INTERNA	16,21%	15,78%	14,68%	19,63%	24,22%	25,60%	26,56%	27,31%	25,99%	25,80%
NEFROLOGÍA	0,38%	0,54%	0,36%	0,34%	0,29%	0,23%	0,37%	0,33%	0,48%	0,50%
NEUMOLOGÍA	6,63%	5,36%	5,37%	7,75%	8,63%	8,80%	8,04%	8,46%	7,95%	8,24%
NEUROLOGÍA	3,47%	3,24%	3,57%	2,84%	2,50%	2,68%	2,90%	2,76%	2,83%	2,72%
NEUROCIRUGÍA	1,86%	2,07%	2,06%	1,82%	2,02%	1,92%	1,76%	1,64%	1,57%	2,00%
OFTALMOLOGÍA	0,46%	0,43%	0,51%	0,39%	0,49%	0,55%	0,38%	0,36%	0,36%	0,41%
ONCOLOGÍA	2,31%	2,27%	2,14%	2,36%	2,40%	2,79%	2,42%	2,66%	2,62%	2,56%
ORL	1,17%	1,26%	1,55%	1,16%	1,16%	1,22%	1,31%	1,16%	1,15%	1,10%
PEDIATRÍA	7,49%	7,96%	7,49%	7,67%	6,17%	5,19%	5,94%	5,22%	5,55%	5,65%
PSIQUIATRÍA	1,79%	1,92%	1,91%	1,89%	1,89%	1,69%	1,64%	1,53%	1,65%	1,43%
TRAUMATOLOGÍA	6,92%	7,31%	6,99%	6,32%	5,20%	4,98%	5,00%	4,48%	5,00%	4,98%
UCI	1,02%	1,18%	1,39%	1,34%	1,46%	1,59%	1,73%	1,48%	1,50%	1,62%
UROLOGÍA	3,09%	2,67%	2,79%	2,28%	2,00%	1,96%	2,21%	2,17%	2,90%	2,54%
OTROS	4,52%	5,79%	4,40%	3,21%	2,46%	2,21%	0,43%	3,95%	0,27%	0,25%

TABLA DE DATOS NÚMERO 23: DISTRIBUCIÓN MENSUAL DE LOS ACCIDENTES DE TRÁFICO

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC
2000	6,80%	6,60%	7,40%	8,80%	7,60%	8,90%	9,00%	10,80%	8,30%	9,10%	8,40%	8,30%
2001	7,80%	6,20%	7,20%	6,90%	8,10%	8,10%	10,10%	9,80%	9,10%	8,20%	8,40%	10,10%
2002	7,50%	6,40%	7,00%	7,50%	8,70%	8,80%	8,80%	10,50%	7,70%	8,70%	8,90%	9,50%
2003	7,30%	6,90%	7,10%	8,00%	8,00%	7,90%	9,70%	11,40%	8,50%	8,40%	8,40%	8,70%
2004	7,20%	7,00%	6,70%	8,40%	9,00%	8,60%	8,80%	9,40%	8,40%	9,50%	8,90%	8,10%
2005	7,60%	6,30%	6,40%	6,90%	8,40%	8,60%	9,30%	10,20%	9,20%	9,40%	8,60%	9,10%
2006	9,50%	6,90%	7,30%	8,70%	8,00%	8,50%	7,40%	9,00%	7,80%	8,70%	9,30%	8,90%
2007	7,60%	6,60%	7,50%	7,80%	9,30%	7,90%	9,40%	8,10%	9,50%	9,10%	8,30%	8,90%
2008	8,70%	6,90%	7,40%	8,20%	7,30%	8,60%	7,70%	8,80%	8,20%	10,10%	8,40%	9,70%
2009	8,90%	6,80%	8,10%	8,80%	8,10%	9,30%	8,40%	8,80%	7,20%	8,20%	8,90%	8,50%

TABLA DE DATOS NÚMERO 24: DISTRIBUCIÓN ANUAL DE LOS ACCIDENTES DE TRÁFICO

	ACCIDENTES DE TRÁFICO
2000	4,50%
2001	5,03%
2002	4,72%
2003	4,73%
2004	4,51%
2005	4,74%
2006	4,49%
2007	4,54%
2008	4,31%
2009	4,65%

TABLA DE DATOS NÚMERO 25: DISTRIBUCIÓN MENSUAL DE LOS ACCIDENTES LABORALES

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
2000	6,40%	8,10%	8,30%	7,80%	8,90%	10,10%	9,70%	9,30%	8,10%	8,60%	7,60%	7,10%
2001	5,90%	7,10%	8,40%	9,10%	9,60%	9,20%	9,00%	9,20%	9,30%	8,90%	8,00%	6,30%
2002	7,40%	6,70%	7,50%	7,50%	8,50%	10,60%	11,70%	7,90%	10,20%	8,30%	7,70%	6,00%
2003	7,30%	8,80%	9,20%	7,20%	8,00%	8,80%	9,10%	6,80%	8,40%	9,50%	8,90%	8,00%
2004	6,70%	6,80%	9,10%	8,30%	8,90%	9,10%	8,50%	7,90%	8,90%	9,20%	8,10%	8,50%
2005	7,50%	6,50%	6,60%	7,30%	7,90%	8,90%	10,00%	10,20%	10,30%	8,00%	9,10%	7,70%
2006	6,60%	6,40%	7,30%	7,70%	8,40%	9,00%	10,70%	9,60%	8,40%	7,90%	10,50%	7,50%
2007	6,70%	7,00%	7,80%	7,70%	9,40%	9,50%	10,10%	11,00%	8,00%	7,80%	8,40%	6,60%
2008	7,10%	7,10%	7,70%	8,80%	8,00%	8,90%	10,60%	9,00%	10,00%	7,90%	7,40%	7,50%
2009	7,00%	6,90%	8,60%	7,70%	8,00%	9,30%	8,60%	8,50%	8,80%	9,70%	8,40%	8,50%

TABLA DE DATOS NÚMERO 26: DISTRIBUCIÓN ANUAL DE LOS ACCIDENTES LABORALES

	ACCIDENTES LABORALES
2000	1,49%
2001	1,48%
2002	1,51%
2003	1,35%
2004	1,37%
2005	1,24%
2006	1,38%
2007	1,51%
2008	1,71%
2009	1,52%

TABLA DE DATOS NÚMERO 27: TASA DE MORTALIDAD

	TASAS DE MORTALIDAD
2000	0,15%
2001	0,16%
2002	0,14%
2003	0,15%
2004	0,14%
2005	0,13%
2006	0,13%
2007	0,14%
2008	0,09%
2009	0,13%

TABLA DE DATOS NÚMERO 28: PORCENTAJE DE ALTAS VOLUNTARIAS

	ALTAS VOLUNTARIAS
2000	0,34%
2001	0,32%
2002	0,34%
2003	0,41%
2004	0,43%
2005	0,55%
2006	0,51%
2007	0,45%
2008	0,46%
2009	0,48%

TABLA DE DATOS NÚMERO 29: PRESIÓN DE URGENCIAS

	PRESIÓN DE URGENCIAS (urgencias totales)
2000	62,78%
2001	61,61%
2002	59,54%
2003	62,36%
2004	62,18%
2005	61,40%
2006	60,06%
2007	63,22%
2008	65,08%
2009	59,92%

	PRESIÓN DE URGENCIAS (sin ginecología ni pediatría)
2000	46,39%
2001	45,28%
2002	43,67%
2003	45,70%
2004	46,52%
2005	45,83%
2006	45,09%
2007	48,56%
2008	48,52%
2009	45,31%

TABLA DE DATOS NÚMERO 30: PICO MENSUAL DE CARGA DE TRABAJO

PMCT	TOTAL DE URGENCIAS
2000	9053,1
2001	9619,8
2002	9892,8
2003	10722,2
2004	11040,4
2005	11368,1
2006	11688,4
2007	12365,7
2008	12356,3
2009	12484,2

PMCT POR ÁREAS	GENERALES	TRAUMA	PEDIATRIA	GINE	TOCO	OFT	ORL
2000	6586,8	1348,8	500,6	142	243,8	140,2	90,9
2001	7197,8	1282,2	549,5	151,7	225,2	136,2	77,2
2002	7270,7	1422,5	595,2	161,9	229	132,1	81,4
2003	7402,8	1800,9	787,4	208,7	246,4	168,6	107,4
2004	7590,7	1911,3	715,9	239,7	258,6	193,2	131
2005	7168,7	2262,9	952,4	262,8	269,5	280,4	171,4
2006	6544	2672,7	1220,8	326,7	286,2	396,5	241,5
2007	6409,6	3043,7	1448	391,5	296,3	476,4	300,2
2008	6248,8	2988,4	1578,3	427,7	324,8	516,3	278
2009	6150,4	3213,9	1595,9	416,2	308	504,4	295,4

TABLA DE DATOS NÚMERO 31: MEDIA DIARIA DEL PICO MENSUAL DE CARGA DE TRABAJO

MDPMCT	TOTAL
2000	296,82
2001	315,40
2002	324,35
2003	351,55
2004	361,98
2005	372,72
2006	383,23
2007	405,43
2008	405,12
2009	409,32

MDPMCT	GENERALES	TRAUMA	PEDIATRIA	GINE	TOCO	OFT	ORL
2000	215,96	44,22	16,41	4,66	7,99	4,60	2,98
2001	235,99	42,04	18,02	4,97	7,38	4,47	2,53
2002	238,38	46,64	19,51	5,31	7,51	4,33	2,67
2003	242,71	59,05	25,82	6,84	8,08	5,53	3,52
2004	248,88	62,67	23,47	7,86	8,48	6,33	4,30
2005	235,04	74,19	31,23	8,62	8,84	9,19	5,62
2006	214,56	87,63	40,03	10,71	9,38	13,00	7,92
2007	210,15	99,79	47,48	12,84	9,71	15,62	9,84
2008	204,88	97,98	51,75	14,02	10,65	16,93	9,11
2009	201,65	105,37	52,32	13,65	10,10	16,54	9,69

TABLA DE DATOS NÚMERO 32: PICO DIARIO DE CARGA DE TRABAJO

PDCT	TOTAL
2000	336,97
2001	356,78
2002	366,32
2003	395,23
2004	406,31
2005	417,71
2006	428,84
2007	452,35
2008	452,02
2009	456,46

PDCT	GENERALES	TRAUMA	PEDIATRIA	GINE	TOCO	OFT	ORL
2000	250,20	59,72	25,85	9,68	14,58	9,59	7,00
2001	271,79	57,15	27,91	10,17	13,71	9,39	6,24
2002	274,36	62,55	29,81	10,68	13,89	9,18	6,48
2003	279,01	76,95	37,66	12,94	14,70	11,01	7,89
2004	285,63	81,11	34,76	14,39	15,26	12,20	9,12
2005	270,76	94,26	44,25	15,46	15,76	16,26	11,14
2006	248,69	109,44	54,77	18,34	16,52	21,40	14,47
2007	243,93	123,07	63,53	21,18	16,98	24,83	17,15
2008	238,23	121,04	68,51	22,75	18,25	26,51	16,15
2009	234,74	129,29	69,18	22,25	17,50	26,01	16,94

TABLA DE DATOS NÚMERO 33: PICO DE CARGA DE TRABAJO POR TURNO

pdct	TOTAL
2000	168,48
2001	178,39
2002	183,16
2003	197,62
2004	203,16
2005	208,85
2006	214,42
2007	226,17
2008	226,01
2009	228,23

pdct	GENERALES	TRAUMA	PEDIATRIA	GINE	TOCO	OFT	ORL
2000	125,10	29,86	12,93	4,84	7,29	4,80	3,50
2001	135,89	28,57	13,95	5,09	6,86	4,69	3,12
2002	137,18	31,28	14,90	5,34	6,95	4,59	3,24
2003	139,51	38,47	18,83	6,47	7,35	5,50	3,95
2004	142,82	40,56	17,38	7,20	7,63	6,10	4,56
2005	135,38	47,13	22,12	7,73	7,88	8,13	5,57
2006	124,34	54,72	27,38	9,17	8,26	10,70	7,24
2007	121,96	61,53	31,76	10,59	8,49	12,41	8,58
2008	119,11	60,52	34,25	11,37	9,13	13,26	8,07
2009	117,37	64,65	34,59	11,13	8,75	13,01	8,47

TABLA DE DATOS NÚMERO 34: NÚMERO DE FACULTATIVOS NECESARIOS

	NÚMERO DE MÉDICOS
2000	19,84
2001	21,20
2002	21,73
2003	23,01
2004	23,76
2005	23,58
2006	23,04
2007	23,63
2008	23,09
2009	23,41

TABLA DE DATOS NÚMERO 35: COMPARATIVA ANUAL DE LOS TRASLADOS A CENTROS CONCERTADOS CON SACYL.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
LA BLANCA	2,34%	2,83%	1,72%	2,71%	5,14%	3,52%	4,13%	3,07%	1,68%	0,38%
N. Sra. DE REGLA	21,47%	18,03%	15,12%	13,06%	14,22%	11,74%	15%	18,50%	20,44%	17,16%
SAN JUAN DE DIOS	49,88%	51,88%	55,02%	54,93%	48,98%	54,30%	51,53%	46,74%	51,19%	56,53%
LOPEZ OTAZU	6,12%	5,43%	5,94%	6,76%	6,51%	6,47%	7,18%	6,67%	5,79%	4,29%
CLINICA ALTOLLANO	20,19%	21,83%	22,20%	22,54%	25,15%	23,97%	22,16%	25,02%	20,90%	21,64%

TABLA DE DATOS NÚMERO 36: RELACIÓN DE INGRESOS REALIZADOS EN EL CAULE Y LOS REALIZADOS EN CENTROS CONCERTADOS.

	Ingresos CAULE	Ingresos CC
2000	77,99%	22,01%
2001	76,31%	23,69%
2002	74,91%	25,09%
2003	77,63%	22,37%
2004	78,23%	21,77%
2005	81,73%	18,27%
2006	82,39%	17,61%
2007	84,00%	16,00%
2008	81,81%	18,19%
2009	81,19%	18,81%

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. Planification et organisation des services médicaux d'urgence. Rapport sur la reunion d'un groupe technique de l'OMS. Toulouse 24-28 fevrier 1979. Rapport et etudes EURO 35. Bureau Regional de l'Europe. Copenhague, OMS. 1981:2-3.
2. SEMES. Urgencias y Emergencias2003 [cited 2010 20 Noviembre]: Available from: <http://www.semes.org/urgencilogos/ue.html>.
3. Gonzalez de los Reyes-Gavilán I IMI. La Gestión de Emergencias Sanitarias. El producto HERCULES-Emergencias. . Comunicaciones de telefónica I+D Marzo 2005; 35:103-10.
4. Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud. Informe de la Subcomisión de Urgencias. Madrid 1991.
5. Abellán Maxia MI NMA, Pedregal Castillo F, García Garvi MF, Nieto López M, Lozano Carcelen JE. Urgencias en un centro de salud rural: primer año de funcionamiento. Centro de Salud 1999; 7:665-70.
6. Foldes SS, Fischer LR, Kaminsky K. What is an emergency? The judgments of two physicians. Ann Emerg Med 1994; 23:833-40.
7. Gresenz CR, Studdert DM. Disputes over coverage of emergency department services: a study of two health maintenance organizations. Ann Emerg Med 2004; 43:155-62.
8. Stapczynski JS. Is the prudent layperson standard really a "standard"? Ann Emerg Med 2004; 43:163-5.
9. Urgencias y Emergencias Sanitarias. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1991.
10. Lamata F. La Asistencia Sanitaria de urgencias. Manual de Administración y Gestión Sanitaria: Díaz de Santos; 1998. p. 253-61.
11. Mezquino MA PM, Quesada F, Castillo R, Bailón E. Ordenación de las urgencias en Atención Primaria. Atención Primaria 1992; 9:269-75.
12. Ledesma Martín C, Garavis González JL. Aplicaciones de las tecnologías de información y comunicación en el ámbito de la salud en Tierra de Peñaranda. Informe Salud 2004.
13. 2006 [cited 2010 20 Noviembre]: Available from: http://www.chospab.es/area_medica/urgencias/intro.htm.
14. Pérez Civantos D, Alvarez Fernández L, Jiménez de Diego L, Juárez Alonso S, López Díaz A, Loste Peña JR, et al. Medicina de Emergencias en España: Documento base. Emergencias 1995; 7:5-12.
15. Rocha Luna JM. Historia de la Medicina de Urgencias en México. Arch Méd Urg Mex Mayo - Agosto 2009; 1:4-11.
16. SEMES. Urgencias Sanitarias en España: situación actual y propuestas de mejora. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada. 2003.
17. Elola J. El Sistema Nacional de Salud. En: Elola, ed Sistema Nacional de Salud: evaluación de su eficacia y alternativas de Reforma 1994; Madrid SG editores:53-68.

18. Cantero Santamaría JI, Fonseca del Pozo FJ, García Criado E, Giutiérrez Gómez E, Ayuso Baptista F, Cadenas González NE. La asistencia urgente en atención primaria: una aproximación histórica (I). *Medicina General* 2008; 104:104-8.
19. Burgos I, Rodríguez Sendin JJ, Ayala S, Gómez Gascón T, Prados MA, Revilla L, et al. *Medicina Familiar y Comunitaria y Medicina General*. OMC 1990:83-105.
20. Ley de Bases de Organización de la Sanidad. 25 de Noviembre de 1944.
21. Reglamento de Servicios Sanitarios del Seguro Obligatorio de Enfermedad. Orden del Ministerio de Trabajo de 20 de Enero de 1948; Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión.
22. Reglamento de Servicios Sanitarios del Seguro Obligatorio de Enfermedad. Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión 2ª edición. 1949.
23. Servicio Especial de Urgencias de la Seguridad Social. Memoria 1964-1966 Servicio Especial de Urgencia 1967.; Madrid.
24. Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social. Prestaciones y ordenación de servicios médicos. Decreto 2766/67 de 16 de Noviembre de 1967.
25. Estatuto Jurídico del Personal Médico de la Seguridad Social. 23 de Diciembre de 1966.
26. Oficio Circular 3/68. INP, Subdelegación general de Servicios Sanitarios, Servicios de Urgencias de la Seguridad Social.
27. Ley General de la Seguridad Social. 30 de Mayo de 1974.
28. La Constitución Española. 1978.
29. Real Decreto 137/1984 de Estructuras Básicas de Salud. BOE nº 27 de 1 de Febrero de 1984.
30. Decreto 3303/78 de 29 de Diciembre de creación de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.
31. Ley General de Sanidad. 14 de Abril de 1986.
32. Defensor del Pueblo. Informe anual y debates en las cortes generales. 1988.
33. Plan Director de Urgencias Sanitarias del INSALUD. Madrid: INSALUD - Ministerio de Sanidad y Consumo 1988.
34. Definición de modelo para los Servicios de Urgencias Extrahospitalarios. Madrid 1993 INSALUD.
35. Cantero Santamaría JI, Fonseca del Pozo FJ, García Criado E, Gutiérrez Gómez E, Ayuso Baptista F, Cadenas González NE. La asistencia urgente en atención primaria: una aproximación histórica (II). *Medicina General* 2008:170-5.
36. Plan Estratégico del INSALUD. 1997.
37. Resolución de la Dirección General del INSALUD, de 27 de Diciembre de 2001. . BOE de 12 de Febrero de 2002.

38. Montero Pérez FJ, Calderón de la Barca Gazquez JM, Jiménez Murillo L, Berlango Jiménez A, Pérula de Torres L. Situación actual de los Servicios de Urgencias Hospitalarios en España (I): descripción general y análisis de la estructura física y funcional. *Emergencias* 2000; 12:226-36.
39. Plan Estratégico de Urgencias y Emergencias Sanitarias de Castilla y León. Decreto 228/2001 de 27 de Septiembre.
40. Ley 8/2010, de 30 de Agosto, de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León.
41. Aramburu Filariño FJ. Los Servicios de Urgencias y la Medicina General. Siglo XXI. *Emergencias* [Editorial.] 2001; 13:4-7.
42. Jiménez Murillo L. La especialidad en Medicina de Urgencias y Emergencias, una imperiosa necesidad. 25 de Abril de 2007 [cited 7 de diciembre de 2010; Available from: <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2007/04/25/medicina/1177489118.html>].
43. Real Decreto 866/2001 por el que se crean las categorías y modalidades de médicos de urgencia hospitalaria y médicos de admisión y documentación clínica en el ámbito de las instituciones sanitarias del INSALUD.
44. Rodríguez García MC. Manual de funcionamiento del Servicio de Urgencias del Complejo Asistencial Universitario de León. 2009.
45. Bernstein SL, BR A. Emergency Department Crowding: Old problem, new solutions. *Emerg Med Clin N Am* 2006; 24:821-37.
46. Hwang U, Concato J. Care in the emergency department how crowded is overcrowded? *Acad Emerg Med* 2004; 11:1097-101.
47. Moreno Millán E. ¿Y si adaptáramos los servicios hospitalarios de urgencia a la demanda social y no a las necesidades de salud? *Emergencias* 2008; 20:276-84.
48. Juárez Alonso S. CME 2001. *Emergencias* 2000; 12:287-8.
49. Lamata Fernando et al. Manual de Administración y Gestión Sanitaria. Cap 13. Asistencia sanitaria en Urgencias. Pág 253-262: Editorial Díaz de Santos.
50. Instituto de Información Sanitaria. Ministerio de Sanidad y Política Social. Estadística de establecimientos sanitarios con Régimen de Internado (indicadores hospitalarios). 2007:11-2.
51. Escobedo F, González L, Salarichs M, Manzano A, Martín JA, Albadalejo C. Evaluación de las urgencias hospitalarias desde un área básica de salud. *Atención Primaria* 1997; 19:169-75.
52. Hoot NR, Aronsky D. Systematic Review of Emergency Department Crowding: Causes, effects, and solutions. *Ann Emerg Med* 2008; 52:126-36.
53. Trzeciak S, Rivers EP. Emergency department overcrowding in the United States: an emerging threat to patient safety and public health. *Emerg Med J* 2003; 20:402-5.
54. L. G. Overcrowding in the ED: an international symptom of health care system failure. *Am J Emerg Med* 1999; 17:208-9.

55. Miro O, Antonio MT, Jiménez S. Decreased health care quality associated with emergency department overcrowding. *Eur J Emerg Med* 1999; 6:105-7.
56. Rowe BH, Channan P, Bullard M. Characteristics of patients who leave emergency departments without being seen. *Acad Emerg Med* 2006; 13:848-52.
57. Montero Pérez FJ, Calderon de la Barca Gazquez JM, Jiménez Murillo L, Berlanga Jiménez A, Perez Torres I, Pérula de Torres L. Situación actual de los Servicios de Urgencias Hospitalarios en España (II): Actividad asistencial, docente e investigadora. *Emergencias* 2000; 12:237-47.
58. Quintillá Martínez JM. Creación y Validación de una escala de triaje en un servicio de urgencias pediátricas. Hospital San Joan de Deu. Barcelona. Publicaciones Sociedad Española de Urgencias de Pediatría 2005.
59. Benayas Pagán M, Aznar Lara JM, Montoya García M, Martínez García L, Martínez Domínguez A, López Valenzuela M. Evolución de la frecuentación en el Servicio de Urgencias del Hospital Torrecardenas S.A.S. Almería. Años 1990-1994. *Emergencias* 1998; 10.
60. Instituto de Información Sanitaria. Ministerio de Sanidad y Política Social. Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado. 2008.
61. Sempere Selva T, Peiró S, Sendra Pina P, Martínez Espín C, López Aguilera I. Validez del Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias. *Rev Esp Salud Pública* 1999; 73:465-79.
62. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Uso adecuado de los Servicios Sanitarios. [18 de Diciembre de 2010]; Available from: <http://serviciosanitarios.es/atencion-hospitalaria.html>.
63. William RM. The cost of visit to emergency departments. *N England J Med* 1996; 334:642-6.
64. Cunningham PJ, Clancy CM, Cohen JW, Wiles M. The use of Hospital Emergency Departments por Nonurgent Health Problems: a national perspective. *Med Care Res & Rev* 1995; 52:453-74.
65. Sánchez M. ¿Urgencias inadecuadas u oferta insuficientes? *Med Clin (Barc)* 2004; 123:619-20.
66. Loria Castellanos J, Flores Maciel L, Marquez Avila G, Valladares Aranda MA. Frecuencia y factores asociados con el uso inadecuado de la consulta de urgencias de un hospital. *Cir Cir* 2010; 78:508-14.
67. Ochoa J, Ramalle Gómara E, Villar A, Ruiz JL, Bragado L, Gimeno C. Visitas inapropiadas al servicio de urgencias de un hospital general. *Med Clin (Barc)* 2000; 115:377-8.
68. Sánchez López J, Bueno Cavanilla A. Factores asociados al uso inadecuado de un servicio de urgencias hospitalario. *Emergencias* 2005; 17:138-44.
69. Lowe RA, Abbuhl SB. Appropriate standards for "appropriateness" research. *Ann Emerg Med* 2001; 37:629-32.
70. Sánchez López J, Luna JD, Jimenez Moleon JJ, Delgado Martín AE, López B, Bueno Cavanillas A. Propuesta y validación del Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias modificado. *Med Clin (Barc)* 2004; 122:177-9.

71. Pérez Ciordia I, Guillén Grima F. Urgencias hospitalarias y extrahospitalarias en Navarra. Razones que las motivan. *An Sist Sanit Navar* 2009; 32:371-84.
72. Murphy AW. "Inappropriate" attenders at accidente and emergency departments: definition, incidence and reasons for attendance. *Fam Pract* 1998; 15:23-37.
73. Pasarín IM, PFernández de Sanmamed MJ, Calafell J, Borrel C, Rodríguez D, Campasol S. Razones para acudir a los servicios de urgencias hospitalarios. La población opina. *Gac Sanit* 2006; 20:91-9.
74. Braun T, García Castrillo L, Krafft T, Díaz Regañon G. Frecuentación del servicio de urgencias y factores sociodemográficos. *Gac Sanit* 2002; 16:139-44.
75. Peiró S, Sempere T, Oterino D. Efectividad de las intervenciones para reducir la utilización inapropiada de los servicios hospitalarios de urgencias. Revisando la literatura 10 años después del Informe del Defensor del Pueblo. *Economía y Salud* 1999; 33:1-15.
76. Aranaz JM, Martínez R, Rodrigo V, Gómez F, Antón P. Adecuación de la demanda de atención sanitaria en servicios de urgencias hospitalarios. *Med Clin (Barc)* 2004; 123:615-8.
77. Aranaz JM, Martínez R, Gea Velázquez MT, Rodrigo V, Antón P, Gómez F. ¿Por qué los pacientes utilizan los servicios de urgencias hospitalarios por iniciativa propia? *Gac Sanit* 2006; 20:311-5.
78. Millá J. Medicina de Urgencias: un tema a debate. *Rev Clin Esp* 1987; 181:166-7.
79. Ochoa J. SOS desde los Servicios de urgencias de los hospitales. *Med Clin (Barc)* 2002; 118:653-4.
80. Pere Tudela, Mòdol JM. Urgencias hospitalarias. *Med Clin (Barc)* 2003; 120:711-6.
81. Millá Santos J. Urgencias Médicas: algo más que una serie televisiva. *Med Clin (Barc)* 2001; 117:295-6.
82. Núñez S, Jorge Pérez M, Núñez Díaz V, Hage Made A. Estudio epidemiológico de las urgencias de un hospital universitario. *Emergencias* 1989; 1:5-11.
83. Lloret J, Puig X, Muñoz J. Urgencias Médicas. Análisis de 18240 pacientes atendidos en el servicio de urgencias de un hospital general en el período de un año. *Med Clin (Barc)* 1984; 83:135-41.
84. Miró O, Sánchez M, Borrás A, Millá J. Fútbol, televisión y servicios de urgencias. *Med Clin (Barc)* 2000; 114:538-9.
85. Corral Torres E. El 11-M. *Emergencias* 2004; 16.
86. Moreno Millán E. La respuesta sanitaria al 11-M: un modelo de efectividad y calidad profesional y de entrega humanitaria. *Emergencias* 2004; 16:49-50.
87. Alvarez Alvarez B, Gorostidi Perez J, Rodríguez Maroto O, Antuña Egocheaga A, Alonso Alonso P. Estudio del triaje y tiempos de espera en un servicio de urgencias hospitalario. *Emergencias* 1998; 10:100-4.
88. Redelmeier D, Tu J, Schull J, Ferris L. Problems for clinical judgement 2: Obtaining a reliable past medical history. *Can Med Assoc J* 2001; 164:809-13.

89. Marqués X. La "fallida" coordinación de las urgencias entre niveles asistenciales. El Médico Interactivo [serial on the Internet]. 2004: Available from: <http://www.urgenciasandaluzas.com/Ahistorico/6-5-04.html>.
90. Perianes Matesanz JF. Unidades de Observación. Emergencias 1997; 9:77-8.
91. Societat Catalana de Medicina d'Urgència FAD. Serveis d'urgències: indicadors per mesurar els criteris de qualitat de l'atenció sanitària. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques 2001.
92. González Canomanuel MA, Villajañez García C, Sánchez-Mates Lorente B, López Ropero A, Leal Eizaguirre R, Cortés Bermejo S. Estudio de los acompañantes conflictivos en un servicio de urgencias. Emergencias 2001; 13:304-8.
93. Committe. HSA. Violence to Staff in the Health Services: Health and Safety Commission, HMSO Lonson. 1987.
94. Shepherd J. Violence in Health Care: a practice guide to coping with violence and Caring for Victims. Oxford: OUP. 1994.
95. Vilardell L. ¿Por qué ingresan los pacientes de forma urgente en un hospital? Med Clin (Barc) 1994; 103:452-3.
96. Cobelas C, Cooper C, Ell M, Hawthome G, Kennedy M, Leach D. Emergency Services Enhancement Program. J Qual Clin Practice 2001; 21:80-5.
97. Núñez Díaz S, Burillo Putze G. Urgencias, la medicina basada en la paciencia. Emergencias 2004; 16:109-10.
98. Miró O, Sánchez M, Coll-Vinent B, Millá J. Indicadores de calidad en urgencias: comportamiento en relación con la presión asistencial. Med Clin (Barc) 2000; 116:92-7.
99. Morales Asencio JM. Reorientación de los servicios de urgencias hacia el paciente. Emergencias 2001; 13:1-3.
100. Montero Pérez F, Calderón de la Barca Gazquez JM, Jiménez Murillo L, Berlango Jiménez A, Pérez Torres I, Pérula de Torres L. Situación actual de los servicios de urgencias hospitalarios en España (IV). Emergencias 2000; 12:259-68.
101. Montero Pérez FJ, Calderón de la Barca Gazquez JM, Jiménez Murillo L, Berlango Jiménez A, Pérez Torres I, Pérula de Torres L. Situación actual de los servicios de urgencias hospitalarios en España (III). Emergencias 2000; 12:248-58.
102. Alonso Fernández F. Salud Mental y morbilidad psiquiátrica en el personal sanitario. Gestal O JJ Riesgos de trabajo del personal sanitario Interamericana McGrawHill Madrid 1993:414-23.
103. Garnès Ros AF. ¿Están quemados los médicos de urgencias de hospitales de Alicante? SEMERGEN 2003; 29:65-9.
104. Moreira Fueyo JM, Alvarez Baza MC. Clima organizacional y estrés en una unidad de alto riesgo. Emergencias 2002; 14:6-12.
105. Benito S, Vilanova F, Ris J, Domingo G, Soler D, Vazquez G. Reinventant els serveis hospitalaris d'urgències: una porposta de canvi. Ann Med (Barc) 2002; 85:153-6.

106. Montero Pérez FJ. Programa Docente de la Especialidad de Medicina de Urgencias y Emergencias (Documento 0). Subsecretaría de Postgrado de SEMES.
107. Miró O. Especialidad de Medicina de Urgencias y Emergencias: necesaria y querida. *Emergencias* 2010; 22.
108. Sistema d'emergències mèdiques. Donde estamos, a donde vamos. Generalitat de Catalunya Department de Salut 2006.
109. Corporació Sanitària Clínic. Memoria 1996. Vol 1. . Barcelona: Corporació Sanitària Clínic; 1997:67.
110. Toranzo Cepeda T, Aramburu Vilarió FJ, García-Castrillo Riesgo L, Algarra Paredes J, Navarro Díaz F, Tomás Vecina T. Predisposición de los aspirantes a médico interno residente (MIR) a escoger la especialidad de Medicina de Urgencias y Emergencias y factores relacionados. *Emergencias* 2010; 22.
111. National Resident Matching Program and Association of American Medical Colleges. Charting outcomes in the match. Characteristics of applicants who matched to their preferred speciality in the 2009 main residency match.: Available from: www.aamc.org/programs/cim/chartingoutcomes.pdf.
112. Jiménez Murillo L, Deloos H, Wood JP. Manifiesto para la creación de la Especialidad de Medicina de Urgencias y Emergencias. The second mediterranean Emergency Medicine Congress Sitges - Barcelona 2003.
113. Miró O, Sesma J, Burillo Putze G. La investigación en Medicina de Urgencias y Emergencias. *An Sist Sanit Navar* 2010; 33:Supl 1.
114. Bugarín González R, Galego Feal P, Gutiérrez Molina A. La actividad investigadora de los profesionales de urgencias en la Comunidad Autónoma de Galicia. *Emergencias* 2006; 18:110-5.
115. Miró O, Salgado E, González -Duque A, Tomás S, Burillo - Putge G, Sánchez M. Producción científica de los urgenciólogos españoles durante los últimos 30 años (1975-2004). Análisis bibliométrico descriptivo. *Emergencias* 2007; 19:6-15.
116. Pedraza V. Investigación en atención primaria de salud. Premisas básicas. *Aten Primaria* 2004; 34:318-22.
117. Presentación [cited 2010 25 de diciembre]: Available from: www.salud.jcyl.es/hospitales/cm/CHLeon.
118. Cartera de Servicios. [cited 2010 25 de diciembre]. Available from: www.salud.jcyl.es/hospitales/cm/CHLeon.
119. Salmerón JM, Lizarralde J, Asenjo M, Millá J. Gestión del Servicio de Urgencias. En: *Gestión diaria del Hospital*. 3ª Ed. Barcelona: Elsevier Masson.; 2006. 183-206.
120. Guía de Ordenación Sanitaria de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León. 2007:115-55.
121. INE. 2010; Available from: http://www.ine.es/inebmenu/mnu_cifraspob.htm.
122. Instituto Nacional de Estadística. 2010 [21 de Septiembre de 2010]; Available from: http://www.ine.es/inebmenu/mnu_cifraspob.htm.

123. Grupo de Trabajo SEMES. Calidad en los Servicios de Urgencias. Indicadores de Calidad. *Emergencias* 2001; 13:60-5.
124. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Desarrollo de indicadores para el análisis de hospitalización en el SNS. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo 2008.
125. Pacha E, Durán MA. Demandas urgentes de tiempo y asistencia sanitaria. *Política y Sociedad*. 1995; 19:101-16.
126. Aljama Alcantara M, López-Andujar Aguiriano L, Fernández-Valderrama Benavides J, Jiménez Murillo L, Tejedor Fernández M, R. TR. Estándares de Acreditación de Servicios de Urgencias Hospitalarios. SEMES 2004; <http://www.semesgalicia.es/bajadas/estandares%20suh.pdf>.
127. Arroyo Muñoz JL, Borrás Beato R, Fernández Fernández G, Fernández de Valderrama J, Martínez Martín R, Santiago Guervós M, et al. Dirección General de Desarrollo Sanitario, Servicio de Emergencias, Gerencia Regional de Salud. Junta de Castilla y León. http://www.semescyl.org/files/semescyl_fileshare/Descargas82/Normativa/Estructura_SUHpdf.
128. Muller C. Review of twenty years of research on medical care utilization. *Health Serv Res* 1986; 21:129-44.
129. Zwemer FL. Emergency department overcrowding. *Ann Emerg Med* Sept 2000; 36:279-80.
130. O`neill D, Pearson M. Appropriateness of Hospital Use in the United Kingdom: a review of activity in the field. *Int J Qual Health Care* 1995; 7:239-44.
131. Vázquez B, Pardo G, Fernández G, Canals M, Delgado MA, Navas M. ¿Por qué acuden nuestros pacientes a urgencias del hospital? *Aten Primaria* Feb 2000; 25:98-105.
132. Castella X, Mompert A, Pérez G. Hospital utilization for acute problems of the elderly. Catalonia, 1982-1990. *Gac Sanit* 1997 Nov-Dec; 11(6):259-65.
133. Benigno Méndez E, Patricio Herrera L, Hernán Guerra M, Jean Pierre Dattas L, Basilo Muñoz H, B. JV. Estructura de la consulta pediátrica en el Servicio de Urgencias. Hospital Infantil Roberto del Río. *Rev Chilena de Pediatría* 2005; 76:259-65.
134. Moreno FJ, Sánchez -Cantalejo E. Adecuación del ingreso hospitalario de personas mayores de 55 años. *Todo Hospital* 2001; 179:531-7.
135. Miró O, Sánchez M, Coll-Vinent B, Millá J. Estimación del efecto relativo que ejercen los determinantes externos e internos sobre la eficacia de un servicio de urgencias de medicina. *Med Clin (Barc)* 2000; 115:294-6.
136. Ortega M, Esteban MJ, Miró O, Sánchez M, Millá J. Estudio prospectivo de los enfermos que abandonan un servicio de urgencias antes de ser atendidos por el médico. *Med Clin (Barc)* 2000; 115:15-20.
137. Miró O, Jiménez S, Alsina C, Tovillas-Morán FJ, Sánchez M, Borrás A, et al. Revisitas no programadas en un servicio de urgencias de medicina hospitalario: incidencia y factores implicados. *Med Clin (Barc)* 1999; 112:610-5.

138. Bugarín González R. Panorámica de las Urgencias Hospitalarias, su relación con la Atención Primaria y propuestas de futuro. *Cad Atención Primaria* 2003; 10:135-9.
139. Fuda K, Immekus R. Frequent users of Massachusetts emergency departments: a statewide analysis. *Ann Emerg Med* 2006; 48(1):9-16.
140. Paniagua MA, Malphurs JE, Phelan EA. Older patients presenting to a county hospital ED after a fall: missed opportunities for prevention. *Ann J Emerg Med* 2006; 24(4):413-7.
141. Schull MJ, Kiss A, Szalai JP. The effect of low-complexity patients on emergency department waiting times. *Ann Emerg Med* 2007; 49(3):257-64.
142. Sempere Selva T. Utilización inadecuada de las urgencias hospitalarias. Tesis doctoral Alicante Universidad Miguel Hernández 1999.
143. Maria LV Carret, Anaclaudia G Fassa, Ichiro Kawachi. Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use. *BMC Health Services Research* 2007; 7:131-9.
144. Del Castillo M, Huguet J, Bravo JM, Cortada L. Estudio del Área de Urgencias de un Hospital General. Grado de adecuación de las visitas. *Med Clin (Barc)* 1986; 87:539-42.
145. Del Castillo M, Huguet J, Bravo JM, Cortada L. Sobreutilización de los servicios de urgencias hospitalarios. ¿Un parámetro de evaluación de calidad de la asistencia primaria? *Aten Primaria* 1987:122-8.
146. Ochoa Gómez J, Villar Arias A, Ramalle Gómara E, Carpintero Escudero JM, Bragado Blas L, Ruiz Aspiazu JL. Adecuación de los ingresos hospitalarios urgentes. *An Med Interna* 2002; 19(9):446-8.
147. Martín Rodríguez G, Hernández Cáceres JJ. Un método de obtención del patrón estacional de frecuentación de un Servicio de Urgencias Hospitalario. *Rev Esp Salud Pública* 2005; 79:5-15.
148. Mesa Cruz P, Rosillo Rein M, Soto Soler S, Castillo M, Fernández MJ, Lopezosa G. ¿Existen diferencias en el motivo de acudir a urgencias según el sexo y la edad? *Emergencias* 1999; Vo. 11. Extraordinario Junio 1999.
149. Ballesteros Jiménez JA, Villanueva González LP, Rodríguez Almodovar AI, García Alcaide MG. Analisis de la utilización del Servicio de Urgencias del Hospital de Santa Barbara. <http://www.hsbarbara.com/enfermeria/investigacion>.
150. Peiró S, Librero J, Ridao M, Bernal-Delgado E, salud Gdvelpmeesnd. Variabilidad en la utilización de los servicios de urgencias hospitalarios del Sistema Nacional de Salud. *Gaceta Sanitaria* 2010; 24(1):6-12.
151. Tudela P, Mòdol JM. Urgencias hospitalarias. *Med Clin (Barc)* 2003; 120:711-6.
152. Zaragoza Fernández M, Calvo Fernández C, Saad Saad T, Morán Portero FJ, San José Pizarro S, Hernández Arenillas P. Evolución de la frecuentación en un servicio de urgencias hospitalario. *Emergencias* 2009; 21:339-45.
153. Cano del Pozo MI, Rabanaque Hernández MJ, Feja Solana C, Martos Jlménez MC, Abad Díez JM, Celorrio Pascual JM. Estudio de la frecuentación de un servicio de urgencias extrahospitalario. *Emergencias* 2008; 21:179-86.

154. Zaragoza Fernández M, Calvo Fernández C, Saad Saad T, Morán Portero FJ, San José Pizarro S, Hernández Arenillas P. Evolución de la frecuentación de un servicio de urgencias extrahospitalario. *Emergencias* 2009; 21:339-45.
155. Jariod Pamias M, Carretero Bellón J, Closa Monasterolo R, Allué Martínez X. La densidad horaria de pacientes acumulados como indicador de saturación en urgencias. *Emergencias* 2006; 18:215-8.
156. Alonso M, Hernández R, Del Busto F, Cuesto A. Utilización de un Servicio de Urgencias Hospitalario. *Rev San Hig Pub* 1993; 67:39-45.
157. Azorin Roman I, Pérez Abellán I, León Molina J, Conesa Gallego MD. Estudio de los datos de frecuentación y demanda asistencial en urgencias infantil del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia en el periodo Enero 2000 a Diciembre de 2004. <https://www.um.es/esglobal/6/06d06.html>.
158. Asociación para la defensa de la Sanidad Pública de Salamanca. Masificación en el Servicio de Urgencias Hospitalario de Salamanca. *Salud* 2000 Abril 2005; Hospitales nº 101.
159. Balanzó Fernández X, Pujol Farriols R. Estudio multicéntrico de las urgencias en hospitales generales básicos de Cataluña. *Med Clin (Barc)* 1989; 92:86-90.
160. Crespo Palau JM, Bobé Armant F, Carrillo Pujol AL, Roca Gil JC, Sopena Bert E, Canals Tarrida J. Análisis de la asistencia a pacientes desplazados en los Servicios de Urgencias. *Emergencias* Junio 1999; Vol. 11. Extraordinario.
161. Mariné Blanco M, Pérez García A, Alonso Martín M, Alonso Ruiz-Ojeda P, García-Almendros V, Nuñez Cuerda E. Influencia de la variación estacional en la planificación asistencial del Servicio de Urgencias Hospitalario. *Emergencias* 1999; Vol 11. Extraordinario. Junio 1999.
162. Casado JL, Pérez JJ, Tejedor M, Prieto MM, Fernández I, Pérez G, et al. Atención urgente. Estudio de la situación y propuestas de futuro. *Todo Hospital* 2003 2003; 198.
163. Azorín Román I, Pérez Abellán I, León Molina J, Conesa Gallego MD. Estudio de datos de frecuentación y demanda asistencial en urgencias infantil del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia en el periodo Enero 2000 a Diciembre 2004. <http://www.um.es/eglobal/6/06d06.html>.
164. Marcos PJ, Díaz Lagares C, Ferreira L, Bello L, Linares D, Trigás M. Unidad de Preingreso (UPI): análisis de los ingresos hospitalarios evitados en una unidad de nueva creación. *Galicia Clin* 2009; 70(4):21-6.
165. Velasco Díaz L, García Ríos S, Oterino de la Fuente D, Suárez García F, Diego Roza S, Fernández Alonso R. Impacto de los ingresos urgentes innecesarios sobre las estancias hospitalarias en un Hospital de Asturias. *Rev Esp Salud Pública* 2005; 79:541-9.
166. <http://www.noticiasmedicas.es/medicina/noticias/9723/1/Con-motivo-del-comienzo-de-la-Operacion-Salida-de-Verano-El-Hospital-Quiron-de-Malaga-abre-una-Unidad-de-Traficos/Page1.html>.
167. Rodríguez Maroto O, Llorente Alvarez S, Casanueva Gutiérrez M, Alvarez Alvarez B, Menéndez Somoano P, De la Riva Miranda G. Mortalidad en un Servicio de Urgencias Hospitalarias. Características clínico epidemiológicas. *Emergencias* 2004; 16:17-22.

168. del Prado Martínez MF, Bravo Salamanca I, Hijano Mir A, Fernandez Fernandez A, Crespillo Gomez MC, Garzón Blanco j. Asistencia en el Área de Observación de un Servicio de Urgencias del paciente postoperado. *Emergencias* 1998; Vol.10. Núm. 3. Mayo - Junio.
169. Rodriguez Maroto O, Llorente Alvarez S, Casanueva Gutiérrez M, al. e. ¿Son los Servicios de Urgencias Hospitalarios un lugar adecuado para morir? *An Med Interna* 2004; 21:19-23.
170. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, Instituto de Información Sanitaria. Estadística de establecimientos sanitarios con regimen de Internado. *Indicadores Hospitalarios. Evolución 2000-2005.* 2008.

CURRICULUM VITAE



**Mª del Carmen
Rodríguez García**

Urb. Los Siseros.
C/ Rey Fernando I, Nº 43
Navatejera 24193
LEÓN

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Médico de Urgencias Hospitalarias

Experiencia profesional

1995-1997

Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de León

Formación MIR de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.

1998 Centro de Salud José Aguado (León)

Categoría laboral de Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

1998 – Continuando en la actualidad

Servicio de Urgencias del Complejo Asistencial Universitario de León

Categoría laboral de Médico de Urgencias Hospitalaria

2008 – Continuando en la actualidad

Servicio de Urgencias del Complejo Asistencial Universitario de León

Categoría laboral de Coordinadora Médica del Servicio de Urgencias

Formación académica

1994

Licenciada en Medicina y Cirugía

Facultad de Medicina de la Universidad de Oviedo.

1995-97

MIR Medicina Familiar y Comunitaria

Unidad Docente de León.

1995-97

Cursos de Doctorado y Suficiencia Investigadora.

Universidad de León.

2001-02

Master Universitario de Medicina de Urgencias, Emergencias y Catástrofes

Universidad de Oviedo y Hospital Universitario Central de Asturias.

2008-09

Master Universitario en Gestión y Administración Sanitaria.

Escuela de Sanidad y Servicios Sociales de Canarias.

Otros datos de interés

- ▀ Presidenta de la Comisión Clínica de Urgencias del Complejo Asistencial Universitario de León (CAULE)
- ▀ Miembro de la Comisión de Docencia del CAULE.
- ▀ Miembro de la Comisión de Docencia de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de la Gerencia de Atención Primaria de León.
- ▀ Miembro de la Comisión Central de Garantía del Calidad del CAULE.
- ▀ Tutora Coordinadora Hospitalaria de los MIR de Medicina Familiar y Comunitaria.
- ▀ Instructora en Soporte Vital Básico y Avanzado.
- ▀ Instructora en Manejo Avanzado del Trauma Grave.
- ▀ Realización de múltiples cursos formativos relacionados con la Medicina de Urgencias, Medicina de Familia y Gestión de Servicios Sanitarios.
- ▀ Experiencia docente en más de 80 Cursos – Jornadas – Talleres.
- ▀ Coordinación de cursos y actividades formativas.
- ▀ Presentación de más de 35 comunicaciones en Congresos Nacionales e Internacionales relacionados con la Medicina de Urgencias y Emergencias.
- ▀ Participación con publicaciones en Libros y Revistas Nacionales y de alto impacto.