

Consello de Contas
de Galicia



**INFORME DE FISCALIZACIÓN DEL
SERVICIO DE URGENCIAS DEL COMPLEJO
HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE
SANTIAGO DE COMPOSTELA**

EJERCICIO 2010

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	9
I.1. ANTECEDENTES DE LA FISCALIZACIÓN	9
I.2. ALCANCE	9
I.3. OBJETIVOS DE LA FISCALIZACIÓN	9
I.4. LIMITACIONES.....	10
I.5. NORMATIVA APLICABLE	10
II. MARCO DE LA ATENCIÓN URGENTE EN GALICIA Y CARACTERÍSTICAS DE LOS SUH	11
II.1. ESTRUCTURA GENERAL DEL CHUS	17
II.2. ORGANIZACIÓN DE LAS URGENCIAS EN EL CHUS	21
II.3. ASPECTOS ECONÓMICOS	21
III. DEMANDA Y ACTIVIDAD DEL SERVICIO DE URGENCIAS	23
III.1. ANÁLISIS DE LA DEMANDA: ENTRADAS EN URGENCIAS	23
III.2. ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD.....	35
III.2.1. ALTAS EN URGENCIAS	35
III.2.2. INGRESOS HOSPITALARIOS PROCEDENTES DE URGENCIAS	39
IV. MEDIOS MATERIALES	47
IV.1. ASPECTOS GENERALES	47
IV.2. ESTRUCTURA FÍSICA Y DISTRIBUCIÓN FUNCIONAL	49
IV.3. SISTEMAS DE INFORMACIÓN	54
V. GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS	54
V.1. ESTRUCTURA FUNCIONAL	54
V.2. RECURSOS	55
V.3. JORNADA LABORAL Y TURNOS DE TRABAJO	56
V.4. RETRIBUCIONES.....	58
V.5. CONTRATACIÓN DE PERSONAL	60
VI. PROCESO ASISTENCIAL	61
VI.1. ASPECTOS GENERALES	61
VI.2. RECEPCIÓN Y CLASIFICACIÓN	62
VI.3. ÁREA DE ATENCIÓN URGENTE.....	65
VI.4. ÁREA DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS	71
VI.5. SALA DE PRE-INGRESO	72

VII. TIEMPOS DE ATENCIÓN	72
VII.1. CLASIFICACIÓN DEL PACIENTE.....	73
VII.2. PRIMERA ATENCIÓN FACULTATIVA.....	73
VII.3. INTERCONSULTA CON ESPECIALIDADES.....	74
VII.4. REALIZACIÓN DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS	75
VII.5. TIEMPO DE PERMANENCIA DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	77
VIII. INDICADORES DE CALIDAD	83
VIII.1. CUMPLIMENTACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA DEL EPISODIO	83
VIII.2. INFORMACIÓN AL PACIENTE Y FAMILIARES.....	84
VIII.3. QUEJAS Y RECLAMACIONES.....	84
IX. CONCLUSIONES	85
X. RECOMENDACIONES	92
TRÁMITE DE ALEGACIONES.....	95

ÍNDICE DE CUADROS E ILUSTRACIONES

Cuadro nº 1: Recursos materiales del CHUS.....	18
Cuadro nº 2: Población asignada por especialidades.....	19
Cuadro nº 3: Población protegida por grupos de edad	20
Cuadro nº 4: Desglose de los gastos de personal del SUH. 2010	22
Cuadro nº 5: Evolución de las urgencias	24
Cuadro nº 6: Entradas en urgencias por servicio	24
Cuadro nº 7: Entradas según procedencia.....	24
Cuadro nº 8: Entradas según unidad de derivación	25
Cuadro nº 9: Entradas según fuente de financiación	26
Cuadro nº 10: Entradas según tramo de edad.....	27
Cuadro nº 11: Distribución de entradas por provincia.....	27
Cuadro nº 12: Distribución de las entradas según origen.....	28
Cuadro nº 13: Distribución mensual de las entradas en urgencias	28
Cuadro nº 14: Media diaria de pacientes	28
Cuadro nº 15: Frecuentación	30
Cuadro nº 16: Frecuentación diaria	32
Cuadro nº 17: Entradas según turno.....	33
Cuadro nº 18: Frecuentación por franja horaria	34
Cuadro nº 19: Altas diarias	36
Cuadro nº 20: Altas por turnos.....	36
Cuadro nº 21: Altas por motivos.....	38
Cuadro nº 22: Evolución del índice de presión de urgencias	39
Cuadro nº 23: Índice de presión de urgencias por meses.....	40
Cuadro nº 24: Pacientes ingresados por edad	41
Cuadro nº 25: Pacientes ingresados por servicios.....	42
Cuadro nº 26: Ingresos de pacientes por meses. Ejercicio 2009.....	42
Cuadro nº 27: Ingresos de pacientes por meses. Ejercicio 2010.....	43
Cuadro nº 28: Ingresos de pacientes por día.....	44
Cuadro nº 29: Ingresos por franja horaria	45
Cuadro nº 30: Ingresos por turno	46
Cuadro nº 31: Estructura de puestos de trabajo de presencia física 2010	55
Cuadro nº 32: Personal del GFH de Urgencias. Situación a 31.12.10.....	55

Informe de fiscalización del Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago

Cuadro n° 33: Causas de ausencia por categorías	58
Cuadro n° 34: Contratación de personal eventual por categorías	60
Cuadro n° 35: Duración de la contratación de personal sustituto por categorías	61
Cuadro n° 36: Distribución por estamento y turno.....	68
Cuadro n° 37: Consultas de exploración. Distribución de efectivos	68
Cuadro n° 38: Controles de Enfermería A y B.....	70
Cuadro n° 39: Sala de monitores y críticos. Distribución de efectivos	70
Cuadro n° 40: Área de observación. Distribución de efectivos	71
Cuadro n° 41: Actividad del laboratorio de urgencias.....	75
Cuadro n° 42: Solicitudes de pruebas al Servicio de Radiología	76
Cuadro n° 43: Tiempo de permanencia de los pacientes que no ingresan	78
Cuadro n° 44: Tiempo de permanencia de los pacientes que ingresan	81
Cuadro n° 45: Indicadores relativos al proceso de ingreso. 2010	82
Cuadro n° 46: Motivos de reclamaciones.....	85
Cuadro n° 47: Tiempos de tramitación de las reclamaciones	85

ABREVIATURAS

AP	Atención Primaria
CAR	Centro de alta resolución
CDT	Centro de diagnóstico y tratamiento
CHUS	Complejo Hospitalario Universitario de Santiago
EKG	Electrocardiograma
GFH	Grupos Funcionales Homogéneos
HUAC	Hospital Universitario A Coruña
MIR	Médico interno residente
ORL	Otorrinolaringología
PAC	Punto Atención Continuada
SNS	Sistema Nacional de Salud
SUH	Servicio de Urgencias Hospitalarias
TCAE	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
UAP	Unidad de Atención Primaria
UPI	Unidad de preingreso

I. INTRODUCCIÓN

I.1. ANTECEDENTES DE LA FISCALIZACIÓN

El Pleno del Consello de Contas, por acuerdo del 22 de diciembre de 2010, aprobó por unanimidad el programa anual de trabajo para el año 2011 en el que se contempla la realización de la fiscalización selectiva de los Servicios de Urgencias Hospitalarias (SUH).

I.2. ALCANCE

La presente fiscalización constituye una actuación de carácter operativo que incide, en cuanto al análisis general, en el ejercicio 2010, sin perjuicio de considerar en algunos aspectos otros ejercicios anteriores a efectos evolutivos y comparativos y de la verificación de determinadas cuestiones funcionales en forma más actualizada cuando la situación lo ha requerido.

Si bien el análisis específico se circunscribe a ciertos centros hospitalarios, limitándose en el presente caso el diagnóstico particular al Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, ello se complementa con la elaboración de un informe comparativo.

I.3. OBJETIVOS DE LA FISCALIZACIÓN

Las actuaciones han tenido como objetivo los siguientes extremos:

- Examen general del dispositivo asistencial urgente dentro de la Comunidad Autónoma de Galicia, como punto de partida del análisis más concreto de los Servicios de Urgencias Hospitalarias.
- Evaluación y examen de la demanda asistencial urgente, de las tendencias existentes y de su evolución así como de la planificación de recursos.
- Análisis de los distintos medios (tanto materiales como humanos) ligados a la gestión del Servicio de Urgencias y su correlación e idoneidad con la demanda asistencial que soporta, determinando, si fuese factible, el coste del servicio.
- Evaluación de los distintos aspectos operativos y funcionales relativos a la gestión integral de estos servicios, en particular de los más significativos (existencia de protocolos específicos, adecuación de los recursos tecnológicos, establecimiento de procedimientos estandarizados de información al paciente y sus acompañantes, programación de ingresos derivados de urgencias y gestión de los mismos, etc.).

- Análisis del circuito asistencial y de los principales indicadores de calidad del servicio (frecuencias, tiempos medios de respuesta de la atención inicial, de la permanencia en el servicio, adecuación en la cumplimentación de la historia clínica, correcta codificación diagnóstica, etc.).

I.4. LIMITACIONES

Los responsables del centro fiscalizado así como el personal implicado en este área funcional han prestado una importante colaboración en orden al buen desarrollo de los trabajos. Sin embargo, en su transcurso han surgido las siguientes limitaciones:

- El SUH no cuenta con el debido Plan Funcional, si bien existe un borrador del mismo que esta en fase de negociación para su aprobación.
- Al momento de realizarse la fiscalización no se encontraba implantado en el centro fiscalizado un sistema de clasificación del paciente o triaje estructurado con el debido soporte informático, pese a que desde 2008 el Servizo Galego de Saúde había decidido instaurar en todos sus centros el MTS (Manchester Triaje Scala)
- Parte de la actividad asistencial en urgencias se realiza en soporte papel y se carece de un sistema informatizado integral que permita conocer, entre otros, aspectos relevantes como el seguimiento cronológico del proceso asistencial del paciente durante su estancia en urgencias, tiempos intermedios de atención y otros aspectos significativos en orden a una correcta evaluación de la prestación asistencial.
- En el periodo fiscalizado existían fijados una serie de objetivos para la unidad analizada, si bien los mismos se dirigen a la cuantificación del plus de productividad variable del personal facultativo y con escasos objetivos ligados estrictamente a la calidad asistencial del servicio. En la práctica, los déficits informativos puestos ya de relieve dificultarían sumamente un diseño y evaluación de indicadores y su seguimiento.

I.5. NORMATIVA APLICABLE

De forma sucinta, la normativa aplicable, tanto con carácter general como específico al área fiscalizada es la siguiente:

Estatal

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.
- Real Decreto 853/1993, de 4 de junio, sobre ejercicio de las funciones del Médico de Familia en el Sistema Nacional de Salud.

Autonómica

- Ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes.
- Ley 8/2008, de 10 de julio, de salud de Galicia.
- Decreto 172/1995, de 18 de mayo, que aprueba el Plan de Urgencias Extrahospitalarias de la Comunidad Autónoma de Galicia.
- Decreto 97/2001, de 22 de marzo, de regulación básica de los órganos de dirección, asesoramiento, calidad y participación de las instituciones hospitalarias del Servizo Galego de Saúde.
- Decreto 290/2001, de 31 de octubre, por el que se crea la categoría de Médico de Urgencias Hospitalarias, en el ámbito de las instituciones sanitarias del Servizo Galego de Saúde.
- Resolución conjunta de 17 de abril de 2007, de la Secretaría General del Servicio Gallego de Salud, de la División de Recursos Económicos y de la División de Asistencia Sanitaria por la que se ordena la publicación del acuerdo suscrito por la Administración sanitaria y las organizaciones sindicales por la que se regula la jornada, retribuciones y condiciones de trabajo del personal médico de urgencias hospitalarias.

II. MARCO DE LA ATENCIÓN URGENTE EN GALICIA Y CARACTERÍSTICAS DE LOS SUH

La Organización Mundial de la Salud define la urgencia como la aparición fortuita (imprevista o 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. En este sentido la medicina de urgencias abarca cualquier alteración de la salud que, según el criterio del paciente o sus allegados, necesite atención inmediata.

La asistencia urgente requiere de una consideración integral de los procesos y ámbitos organizativos en los que se desarrolla esta atención sanitaria y que se inserta en los dos niveles asistenciales de atención primaria y especializada. En Galicia la asistencia urgente se organiza en torno a los siguientes dispositivos asistenciales:

Centros de atención primaria (centros de salud y consultorios) que son las unidades funcionales básicas para el desarrollo de la asistencia sanitaria del Servicio Gallego de Salud. La atención continuada que se presta en este ámbito se completa con un dispositivo de urgencias que proporcionan los servicios asistenciales fuera del horario de atención ordinaria. Estas unidades de urgencias con dependencia directa de las áreas de atención primaria son los Puntos de Atención Continuada (PAC) creados al amparo del Decreto 172/1995, de 18 de mayo, que aprueba el Plan de Urgencias Extrahospitalarias de la Comunidad.

Los más de 90 PAC cubren la totalidad del territorio gallego, funcionando, en su mayoría, de 15 a 8 horas de lunes a sábado y las 24 horas los domingos y festivos. La cobertura que prestan es de tipo territorial englobando varios municipios, salvo en las grandes ciudades en las que se circunscriben al ámbito estrictamente municipal.

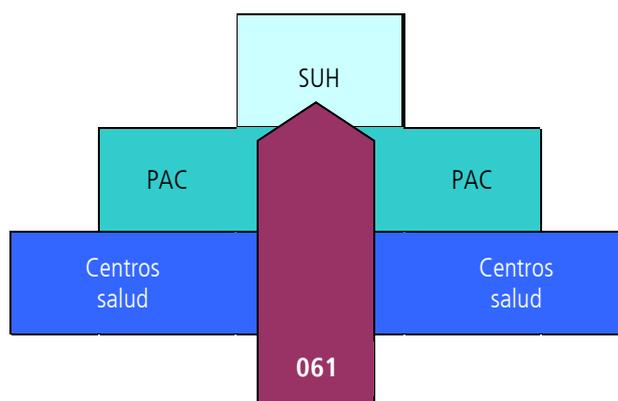
En el medio rural se sitúan centrados en el área de atención; no obstante, en las localidades que cuentan con centro hospitalario, los PAC se ubican en unos casos como antesala del servicio de urgencias, en tanto que en otros su situación no guarda relación con el centro hospitalario más próximo.

Servicios de Urgencias Hospitalarias (SUH) que son las unidades ubicadas en un área específica del hospital para atender las urgencias y emergencias durante las 24 horas del día, todos los días del año. Es una unidad intermedia para aquellos pacientes que, tras ser atendidos en la misma, son ingresados en hospitalización convencional o en una unidad de cuidados críticos, y una unidad final para la mayoría de los pacientes, que son dados de alta tras ser atendidos. Su función básica es la recepción, valoración y tratamiento de pacientes, así como el desarrollo de las actuaciones precisas para la estabilización clínica de los que lo requieran. Su capacidad debe orientarse para derivar y organizar el acceso de los pacientes al lugar adecuado en función de su estado, así como para el mantenimiento de los pacientes que requieran ingreso hasta que haya camas disponibles.

Central de urgencias médicas 061 que es un dispositivo independiente estructuralmente de atención primaria y atención especializada con un marco regulador propio y constituido como fundación, pero funcionalmente operando con ambos niveles asistenciales. Dispone de un centro

coordinador de urgencias (CCU) operativo las 24 horas. Realiza las siguientes funciones: recepción de solicitudes de cualquier usuario de Galicia de atención urgente a domicilio; información y asesoría sanitaria a los usuarios que la demanden; localización de los recursos sanitarios adecuados para atender las urgencias o emergencias (bien de la red de urgencias de Atención Primaria, de las ambulancias medicalizadas del propio 061 o del helicóptero); y coordinación del transporte sanitario urgente.

Este dispositivo sanitario urgente responde a diferentes modelos organizativos y diversas dependencias funcionales, sin que exista un plan que los integre y un sistema de información unificado sobre el que operen. Las piezas de este dispositivo se estructuran de forma piramidal y en su cúspide se sitúan los SUH, en los que desemboca una gran parte de la demanda asistencial urgente, y que se puede representar por el siguiente gráfico:



En relación con las propuestas y recomendaciones formuladas para el diseño del circuito asistencial urgente debe tomarse en consideración el documento del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad sobre Estándares y Recomendaciones de la Unidad de Urgencias Hospitalarias en el que se establece que estas unidades deben formar parte de un sistema de atención integral a la urgencia, sistema que se define como un conjunto de unidades funcionales (recursos de varios niveles asistenciales) que actúan en un espacio geográfico definido y desarrollan actividades organizadas y secuenciales de un proceso coordinado. La integración funcional debe concretarse mediante el desarrollo de acuerdos de funcionamiento, procedimientos asistenciales en fase prehospitalaria, protocolos de derivación, sistemas de registro, procedimientos de evaluación y garantía de calidad del sistema y un programa de formación continua.

El funcionamiento de los SUH ha sido una constante preocupación por parte de la comunidad sanitaria, de las instituciones públicas y de la sociedad en general, por ser uno de los sectores que mejor definen y caracterizan la atención sanitaria. En el año 1988 el Defensor del Pueblo elaboró un informe donde se formularon diversas recomendaciones para la mejora de dichos servicios que dieron lugar al desarrollo e implantación de los dispositivos de atención urgente que se han descrito y que, con pequeñas variaciones, se reproducen en el resto de Servicios de Salud de las diferentes comunidades autónomas.

En los SUH de la Comunidad Autónoma se han realizado durante el ejercicio 2009, último con el que se cuenta información a través de la Memoria del Servizo Galego de Saúde, un total de 1.107.898 atenciones, 19.020 más que en el año anterior (un 2%); ello supone un total de 3.035 urgencias por día y 399 por 1.000 habitantes/año.

Es constatable que una parte de esta demanda que soportan los SUH se reconoce como inadecuada, aunque los estudios sobre la materia difieren en cuanto a su cuantificación (entre 4 y 7 de cada 10). Esta situación se identifica con visitas por patologías no graves, de atención demorable y susceptible de resolución en un nivel inferior, en este caso, los servicios de atención primaria. En este contexto la percepción subjetiva de gravedad por el paciente o por su entorno es un factor determinante.

A la ausencia de un modelo o sistema de atención integral a la urgencia que ordene funcionalmente los diferentes niveles e instituciones que la componen, se unen las disfuncionalidades en la atención primaria como filtro del sistema y que obedecen a diferentes motivos. El documento "Propuestas de transformación de la atención primaria en Galicia" elaborado por la Consellería de Sanidad señala como razones que justifican la baja eficiencia de los PAC las siguientes:

- La gran mayoría de los PAC rurales presentan una actividad relativamente baja, sobre todo en horario nocturno. Son utilizados por la población para realizar consultas de baja complejidad y escasa urgencia fuera de los horarios establecidos en su centro de salud. La gran accesibilidad que presentan hace que la población acuda reiteradamente para realizar demandas banales y demorables.
- La escasez de medios diagnósticos hace que estos puntos de atención sean poco resolutivos para problemas de salud de cierta severidad. Cuando el problema de salud es percibido como importante los usuarios utilizan mayoritariamente el servicio del 061 y las urgencias hospitalarias.

- Los PAC son el primer destino de los profesionales jóvenes que acaban de realizar su formación MIR de medicina de familia o los estudios de enfermería.
- Presentan un escaso atractivo profesional pues en la mayoría de los PAC no se pueden poner en práctica los conocimientos y habilidades adquiridos en los años de formación, ni se puede hacer un seguimiento adecuado de los pacientes para observar la evolución de las actuaciones diagnósticas y terapéuticas del profesional.

El aumento de la demanda asistencial urgente, la saturación de los SUH y la inadecuada utilización de estos servicios son hechos compartidos por la mayor parte de los sistemas sanitarios occidentales y las causas son diversas, entre las que deben destacarse las siguientes:

- El alargamiento de la esperanza de vida y el envejecimiento progresivo de la población que ha supuesto un crecimiento notable del grupo de población de mayores de 65 años, con la consiguiente proliferación de enfermos crónicos o con pluripatologías.
- Un dispositivo asistencial de primaria escasamente resolutivo que genera la consiguiente desconfianza de los usuarios respecto a que en dicho nivel pueda ser satisfecho con rapidez su problema de salud.
- Elevada accesibilidad de estos servicios que se utilizan como forma de adelantar listas de espera, ingresar pacientes desde consultas externas o realizar determinadas exploraciones sin soportar dilaciones.
- La falta de educación sanitaria y de información sobre los recursos sanitarios y el modo de utilizarlos.
- La cultura hospitalocentrista de los ciudadanos y la mayor confianza en la tecnología disponible en estos centros.
- Cambios en los patrones de morbilidad, donde cobra importancia el aumento de los accidentes de tráfico, accidentes laborales y violencia de todo tipo.
- Factores de naturaleza social vinculados a colectivos desfavorecidos que acuden al hospital en busca de un ingreso para cubrir sus necesidades más primarias.

Una manifestación de la situación que afecta a la utilización de los SUH se refleja en los datos del barómetro sanitario que elabora anualmente el Centro de Investigaciones Sociológicas para el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad donde se constatan los siguientes indicadores correspondientes al año 2010:

- El 46% de las personas que acudieron a urgencias prefirieron como primera y única opción el servicio de urgencias del hospital público, sin haber ido previamente a los servicios de urgencias de los centros de atención primaria; esta proporción es 2,3 puntos mayor que en el año anterior aunque menor que en todos los demás años previos objeto de estudio.
- De todas las personas que para resolver un problema de salud urgente acudieron al servicio de urgencias de un hospital público, ocho de cada diez lo hicieron por decisión personal. Esta variable, que podría estar en fase de tendencia creciente, es la mayor proporción en todas las ediciones del barómetro. Pone de manifiesto la preponderancia que tienen estos servicios para resolver los problemas urgentes de los ciudadanos. Únicamente el 20% de quienes acudieron a las urgencias hospitalarias, lo hicieron por indicación del médico o porque fueron derivados desde un servicio de atención primaria.
- Las razones mayoritarias que señalan quienes acudieron directamente al servicio de urgencias del hospital fueron dos: que en el hospital habría mayor dotación de medios y mejor capacidad resolutive (el 38%) o bien porque el momento en que se produjo el problema no coincidía con el horario del médico de familia (en el 37% de casos).

Respecto a la percepción de la calidad, los datos del barómetro reflejan que 8 de cada 10 de las personas atendidas en un servicio de urgencias de atención primaria o de un hospital (78%) consideran que la atención que recibieron fue muy buena o buena. Respecto a la rapidez con que se les atendió, los que consideran que se hizo con mucha o bastante rapidez se sitúan en el 64% siendo similar a la de los años anteriores; para el 35% la atención se realizó con poca o ninguna rapidez.

Considerando estos factores, la carga asistencial que registran los SUH tiene consecuencias sobre la calidad y los costes sanitarios, que se manifiestan, entre otros, en el uso sustitutorio que se hace respecto de la atención primaria con el consiguiente deterioro de la continuidad asistencial y en la demora en la atención a enfermos verdaderamente graves y complejos, incrementando el gasto sanitario como consecuencia de los costes de oportunidad que representan. Al mismo tiempo se genera una presión innecesaria sobre una oferta limitada que puede traducirse en un deterioro de la calidad del propio servicio.

Un aspecto de especial significación de la situación de los SUH son sus efectos sobre el conjunto de la actividad hospitalaria. Los indicadores del ejercicio 2009 en Galicia, según la información contenida en la Memoria del Servizo Galego de Saúde, ponen de manifiesto que más del 66% de

los ingresos hospitalarios corresponden a urgencias (presión de urgencias), a pesar de que sólo el 15% de las urgencias atendidas desembocan en un ingreso.

Los factores que determinan la saturación de los SUH son, por un lado, de índole externa y se corresponden con los condicionantes extrahospitalarios que regulan la entrada (demanda de servicios) y, por otro, interna, condicionados por la capacidad de resolución de estas unidades y por los flujos de salida a planta.

En este desajuste que se produce entre la oferta y la demanda se han analizado en los apartados anteriores los condicionantes de esta última y los instrumentos y mecanismos que se orientan para su limitación y adecuación (integración de los eslabones de la cadena asistencial urgente, mejora de la atención primaria con incremento de su capacidad de resolución, fomento de la cultura sanitaria de la población, ...). Se trata de factores externos a los SUH que exigen actuaciones decididas y constantes por parte de la autoridad sanitaria y que no siempre obtienen los resultados esperados, como así lo han puesto de manifiesto diferentes estudios sobre los programas y medidas adoptadas en los países desarrollados para frenar la demanda inapropiada.

Vista la problemática de los determinantes externos el análisis obliga a centrarse en la capacidad de los SUH para resolver la demanda asistencial que soportan que, en definitiva, es el resultado, en muchos casos, de la decisión del ciudadano de acceder al sistema de urgencias, demandándolo entre alguno de los recursos que se ponen a su disposición.

Centrando la cuestión sobre los diferentes aspectos de gestión interna de los SUH, es fundamental disponer de un conocimiento profundo de las características de la demanda que soportan con objeto de minorar el impacto de los desajustes más relevantes que se producen y con la finalidad de prever las actuaciones públicas precisas en forma de planes de inversiones en infraestructuras, dimensionamiento de recursos humanos, eliminación de disfuncionalidades organizativas, etc.

II.1. ESTRUCTURA GENERAL DEL CHUS

El Complejo Hospitalario Universitario de Santiago (CHUS) está en la actualidad integrado por los siguientes centros:

- Hospital Clínico Universitario
- Hospital Médico Quirúrgico de Conxo
- Hospital Psiquiátrico de Conxo

- Hospital Gil Casares
- Centro de diagnóstico y tratamiento (CDT) Concepción Arenal (Santiago)
- Centro de alta resolución (CAR) de Lalín

A tenor de la información contenida en la Memoria del Sergas del ejercicio 2009 y por la facilitada por el propio centro fiscalizado las principales magnitudes sobre la dotación de recursos materiales se relacionan en el siguiente cuadro:

Cuadro nº 1: Recursos materiales del CHUS

Centro	Nº de camas	Nº de quirófanos	Nº de salas de consultas externas
Hospital Clínico Universitario	754	19	109
Hospital Médico Quirúrgico de Conxo	305	11	56
Hospital Gil Casares	124	-	19
Hospital Psiquiátrico de Conxo	-	-	6
Centro de Alta Resolución de Lalín	-	-	6
CDT Concepción Arenal	-	-	22
Otros puntos en centros de A. Primaria	-	-	12
Total	1.183	30	230

Fuente: Memoria SERGAS e elaboración propia a partir de la información facilitada por el centro

El complejo, por su dotación de medios y servicios, tiene la consideración de hospital terciario, desplegando una amplia cobertura asistencial en el ámbito de hospitalización, urgencias y asistencia ambulatoria. La cartera de servicios incluye en torno a las 40 especialidades médico-quirúrgicas.

El Área Sanitaria de Santiago es la más extensa de Galicia y comprende un total de 46 municipios, encontrándose dentro de la misma el Hospital da Barbanza al que sirve de referencia en determinadas especialidades.

Los servicios médicos y quirúrgicos con los que cuenta, así como la población asignada, se reseñan a continuación en el siguiente cuadro:

Cuadro nº 2: Población asignada por especialidades

Especialidad	Población
Alergia	
O. Radioterápica	
C. Maxilofacial	(1) 460.999
C. Vascular	
UCI	
Oncología Médica	(2) 408.266
Cardiología	
Ap. Digestivo	
Endocrinología	
Medicina Interna	
Neurología	(3) 351.603
Nefrología	
Neumología	
C. General	
Urología	
M. Preventiva	
Psiquiatría	
Hematología	
Rehabilitación	
Reumatología	
Anestesia e Reanimación	(4) 395.548
Dermatología	
ORL	
Oftalmología	
Traumatología	
Urgencias	
Obstetricia	(5) 85.859
Pediatría	(6) 43.945
C. Cardíaca	(7) 2.774.926
C. Pediátrica	(8) 52.733
Neurocirugía	(9) 582.476
Ginecología	(10) 183.694
HADO	(11) 252.087
C. Plástica	(12) 793.746
C. Torácica	(13) 550.103

1. Incluye a la población total de su área y a la de Barbanza.
2. Incluye a la población de su área y a la de Barbanza, exceptuando niños menores de 15 años.
3. Incluye a la población de su área excepto niños menores de 15 años.
4. Incluye a la población de su área
5. Incluye a la población de su área en edad fértil de 15 a 45 años del área.
6. Incluye a los niños de 0-14 años de su área.
7. Incluye a toda la población protegida por el Sergas que puede ejercer la libre elección entre los tres hospitales.
8. Incluye a los niños menores de 15 años de su área y de la del Barbanza.
9. Incluye a la población de su área, del Barbanza, Costa y Monforte.
10. Incluye a las mujeres de 15 y más años.
11. Incluye a toda la población del municipio de Santiago y aproximadamente a la mitad del resto del área.
12. Incluye a toda la población de su área, del Barbanza y de la provincia de Ourense.
13. Incluye a la población total de su área, Barbanza y varios municipios de Ourense.

Fuente: elaboración propia a partir de la información facilitada por el centro

La distribución de la población del Área Sanitaria por municipios es la que a continuación se refleja:

Cuadro nº 3: Población protegida por grupos de edad

Municipio	Población total	% s/total del Área Sanitaria	Por grupos de Edad		
			0-14	15-64	>64
Agolada	2.598	0,7%	181	1.473	944
Ames	23.855	6,0%	4.396	16.866	2.593
Arzua	6.794	1,7%	643	4.267	1.884
Baña (A)	3.521	0,9%	305	2.119	1.097
Boimorto	2.251	0,6%	146	1.308	797
Boqueixon	4.452	1,1%	445	2.953	1.054
Brion	5.778	1,5%	744	3.788	1.246
Carnota	4.326	1,1%		2.827	1.499
Dodro	3.008	0,8%	270	2.000	738
Dozon	971	0,2%	59	574	338
Estrada A	22.397	5,7%	2.438	14.407	5.552
Frades	2.649	0,7%	126	1.771	752
Lalín	20.468	5,2%	2.271	13.624	4.573
Lousame	4.779	1,2%	1.043	2.680	1.056
Mazaricos	5.133	1,3%	428	3.220	1.485
Melide	7.143	1,8%	768	4.491	1.884
Mesia	2.603	0,7%	113	1.662	828
Muros	10.478	2,6%	1.340	6.624	2.514
Negreira	7.704	1,9%	779	5.015	1.910
Noia	14.619	3,7%	1.068	10.317	3.234
Ordes	13.408	3,4%	1.616	9.150	2.642
Oroso	7.429	1,9%	1.199	5.114	1.116
Outes	7.252	1,8%	568	4.532	2.152
Padrón	9.130	2,3%	1.106	6.209	1.815
Pino (O)	3.997	1,0%	375	2.549	1.073
Pontecesures	1.862	0,5%		1.460	402
Rianxo	11.815	3,0%	1.341	7.818	2.656
Rodeiro	2.957	0,7%	220	1.700	1.037
Rois	4.796	1,2%	416	3.142	1.238
Santa Comba	10.588	2,7%	1.063	6.940	2.585
Santiago De Compostela	108.627	27,5%	12.512	78.773	17.342
Santiso	1.850	0,5%	127	1.056	667
Silleda	8.943	2,3%	904	5.729	2.310
Teo	13.006	3,3%	1.501	8.961	2.544
Toques	1.262	0,3%	95	758	409
Tordoia	3.823	1,0%	235	2.305	1.283
Touro	3.472	0,9%	287	2.058	1.127
Trazo	3.070	0,8%	202	1.901	967
Val do Dubra	4.432	1,1%	392	2.719	1.321
Valga	7.658	1,9%	1.259	5.058	1.341
Vedra	4.440	1,1%	433	2.945	1.062
Vila de Cruces	6.204	1,6%	531	3.740	1.933
Total Área	395.548	100,0%	43.945	266.603	85.000

Fuente: Información facilitada por el Centro

La población en edad pediátrica representa el 11,10% del total, en tanto que los mayores de 64 años significan el 21,5% del total.

II.2. ORGANIZACIÓN DE LAS URGENCIAS EN EL CHUS

Dentro del ámbito asistencial mencionado las urgencias de adultos son atendidas por el SUH sito en el hospital Clínico Universitario en tanto que las pediátricas son atendidas directamente por personal adscrito al servicio clínico de referencia. Idéntica circunstancia se produce con las urgencias obstétricas para embarazadas de más de 20 semanas de gestación.

Presentan particularidades las atenciones urgentes de algunas especialidades tales como ginecología, oftalmología, dermatología, etc. En estos casos el triaje es realizado por el SUH en tanto que la posterior prestación de servicios se realiza por personal adscrito directamente a los servicios implicados.

A efectos del presente informe es objeto de análisis el funcionamiento de las urgencias generales de adultos encuadradas dentro del SUH, dada la complejidad y variabilidad de la demanda satisfecha y que, en términos cuantitativos, supone algo más de los dos tercios de las urgencias totales del complejo.

Como particularidad a destacar debe señalarse que dentro del recinto hospitalario se ubica un PAC que desde el ejercicio 2006 atiende, inicialmente, en su horario de funcionamiento (15 a 8 horas de lunes a sábados y las 24 horas de domingos y festivos) a la población domiciliada en los municipios de Santiago de Compostela, Teo, Boqueixón, Vedra, Oroso, O Pino, Touro, Val do Dubra y a los pacientes del Centro de Salud de O Milladoiro, así como a los pacientes que acudan desde otras áreas sanitarias distintas, con la excepción de enfermos en edad pediátrica o patología ginecológica. Tal como se reflejará a lo largo del presente informe, dicha circunstancia supuso cierta disminución de la presión asistencial del SUH, si bien los aspectos operativos de coordinación entre ambas instancias, presentan disfuncionalidades evidentes, careciéndose de la debida protocolización y coordinación.

II.3. ASPECTOS ECONÓMICOS

En este apartado se analizan los aspectos económicos vinculados al SUH atendiendo a una doble perspectiva:

a) Desde el punto de vista del gasto

Teniendo en cuenta la información facilitada por el centro fiscalizado, el gasto imputado directamente a la estructura funcional del SUH, restringido a personal, material fungible y gasto farmacéutico, ascendió en el año 2010 a las siguientes cuantías:

Cuadro nº 4: Desglose de los gastos de personal del SUH. 2010

Concepto	Importe 2009 (euros)	% s/total	Importe 2009 (euros)	% s/total	% variación 2010/2009
Gastos de personal	(*) 10.853.368,02	87,46	(*) 11.370.027,67	88,72	4,76
Gasto en productos farmacéuticos	841.648,00	6,78	742.479,00	5,79	-11,78
Gasto en bienes corrientes y servicios	714.915,66	5,76	703.140,32	5,49	-1,65
Total	12.409.931,68	100,00	12.815.646,99	100,00	3,27

(*) No incluyen los atrasos abonados en los ejercicios 2011 y 2012

Fuente: Memoria SERGAS e elaboración propia a partir de la información facilitada por el centro

Conviene precisar que, con independencia del importe total reflejado, en la atención asistencial de las urgencias incide, además, un relevante volumen de gasto soportado por las distintas unidades de apoyo (servicios de radiodiagnóstico y laboratorio, especialidades clínicas y recursos administrativos) y que resulta imprescindible para el desarrollo de la actividad desplegada por el propio SUH. Dicha repercusión económica, así como los costes indirectos atribuibles al área de urgencias, no son objeto de determinación a través de la correspondiente contabilidad analítica, desconociéndose por tanto su cuantificación.

El coste del SUH se incrementa en 2010 un 3,27%. Los costes de personal, que representan en torno al 88% del total experimentaron un crecimiento del 4,76%. Las restantes partidas disminuyeron tanto su peso como su importe, siendo el decremento más significativo el que se aprecia en el gasto en productos farmacéuticos, en donde alcanzó el 11,78%.

Con la anterior precisión, a la vista del número de atenciones urgentes realizadas en el periodo de referencia el coste medio directo por paciente ascendió en 2009 a 125,80 euros, pasando a 130,74 euros en 2010, lo que representa un incremento interanual del 3,9%.

b) Considerando los ingresos

En este aspecto el Servicio de Urgencias, como punto de acceso al hospital atiende a distintos pacientes con diferente régimen de financiación. Así, además, de los incluidos en su ámbito de cobertura con derecho a asistencia gratuita, atiende a otros en los que existe un tercero responsable que soporta el coste de la prestación (accidentes de tráfico, de trabajo o particulares que afrontan directamente el pago de los servicios por sí mismos o a través de compañías aseguradoras privadas) y que es objeto de facturación por parte del hospital.

Según la información facilitada por los servicios económicos del centro, en 2009 se emitieron 3.893 facturas por atenciones urgentes, por un importe de 994.683 euros y en 2010 el número de liquidaciones efectuadas se elevó a 3.926 por un importe de 1.043.642 euros, lo que supuso un incremento de facturación del 4,9%. El mayor volumen de ingresos corresponde a los conceptos de accidentes de tráfico y trabajo, que acumulan en torno al 60% del total, seguidos de los ingresos procedentes de convenios internacionales, aseguradoras privadas y particulares. No se recogen dentro de esas cantidades los ingresos que posteriormente se derivan en los supuestos en que los atendidos en urgencias son ingresados en otros servicios hospitalarios.

La cantidad referida de facturación supone una cobertura de alrededor del 8% en ambos ejercicios, de los costes directos de funcionamiento del SUH.

III. DEMANDA Y ACTIVIDAD DEL SERVICIO DE URGENCIAS

III.1. ANÁLISIS DE LA DEMANDA: ENTRADAS EN URGENCIAS

En el presente apartado se realiza un examen, desde distintas perspectivas, de la demanda asistencial en el centro referido a las urgencias de pacientes adultos. No se ha considerado otras atenciones urgentes (obstétricas, ginecológicas, oftalmológicas, dermatología, ORL y psiquiatría) que si bien son clasificadas en el triaje del SUH, la posterior atención se realiza directamente por personal adscrito a los respectivos servicios.

Las magnitudes tomadas en consideración son las que se desprenden de la información facilitada en soporte informático del registro de admisión de pacientes, presentando ésta ciertas incongruencias debido en buena parte a una codificación incorrecta de algunos ítems informativos, apreciándose que no existe una sistemática uniforme y reglada respecto a determinadas cuestiones. Como criterio diferenciador se ha seguido el ítem "Servicio de Ingreso" para aquellos codificados como SUH. Sobre dicha base se han realizado los oportunos ajustes al detectarse en la misma, errores que atribuían al SUH pacientes en edad pediátrica y a la inversa.

A) Volumen anual de entradas en urgencias

El número total de urgencias anuales atendidas en el periodo 2009-2010 es el que a continuación se relaciona:

Cuadro nº 5: Evolución de las urgencias

Año	SUH ADULTOS		CHUS		% SUH ADULTOS/CHUS	Total Comunidad Autónoma (todo tipo de urgencia)	% CHUS/Galicia
	Número de urgencias	Media diaria	Número de urgencias	Media diaria			
2009	98.642	270,25	150.055	411,11	65,74%	1.107.898	13,54%
2010	98.023	268,55	147.380	403,783	66,51%	Sin información oficial	--

Fuente: información facilitada por el centro

Se aprecia que las urgencias atendidas por el SUH permanecen estables en el periodo analizado, con un ligero descenso del 0,6% en 2010, en tanto que las urgencias totales del complejo hospitalario presentan un decremento en igual periodo del 1,78%.

A efectos de ilustrar el total de urgencias y su evolución en el periodo 2009-2010 a continuación se relacionan éstas en función del servicio de atención:

Cuadro nº 6: Entradas en urgencias por servicio

Servicio de Atención	Número de episodios de urgencias 2009	% s/total	Número de episodios de urgencias 2010	% s/total
Servicio de Urgencias (SUH)	98.642	65,74	98.023	66,51
Pediatría	29.018	19,34	27.044	18,35
Oftalmología	8.242	5,49	9.110	6,18
Ginecología	5.550	3,70	5.858	3,97
Obstetricia	4.426	2,95	4.201	2,85
Dermatología	1.794	1,20	1.894	1,29
ORL	1.337	0,89	902	0,61
Psiquiatría	536	0,36	251	0,17
Traumatología	510	0,34	97	0,07
Total	150.055	100,00	147.380	100,00

Fuente: elaboración propia a partir de la información facilitada por el centro

Las unidades que presentan un mayor incremento interanual son oftalmología y ginecología, en tanto que los decrementos más relevantes se aprecian en las urgencias pediátricas.

B) Entradas en urgencias por procedencia

Las entradas registradas en urgencias durante el periodo 2009-2010 en función de la procedencia de los pacientes son las siguientes:

Cuadro nº 7: Entradas según procedencia

Procedencia	Número de episodios de urgencias 2010	% s/total	Número de episodios de urgencias 2009	% s/total
Decisión propia	52.698	53,76	47.813	48,47
Centros de Atención Primaria y similares	45.325	46,24	50.829	51,53
Total	98.023	100,00	98.642	100,00

Fuente: elaboración propia a partir de la información facilitada por el centro

En 2009 más del 48% de los episodios corresponden a la decisión propia del paciente, incrementándose dicho porcentaje en más de 5 puntos en 2010 pasando a ser la procedencia

mayoritaria en el citado ejercicio, en contra de los pacientes que acuden derivados tras haber sido valorados en otro nivel asistencial.

Atendiendo al origen de la unidad sanitaria de derivación, las 10 más relevantes por el volumen de pacientes remitidos (de un total de cerca de 100 centros), que representaron en el periodo fiscalizado entre el en torno a la mitad de la demanda atendida:

Cuadro nº 8: Entradas según unidad de derivación

Centro de procedencia	Núm. Episodios 2009	% s/total	Núm. Episodios 2010	% s/total	% Variación 2010/2009
PAC EDIF.H. CLINICO UNIVERSITARIO	5.435	10,70	6.116	13,49	12,53
UAP C.S. CONCEPCION ARENAL	5.312	12,85	4.398	9,70	-17,21
UAP C.S. ESTRADA (A ESTRADA)	1.992	4,82	1.720	3,79	-13,65
UAP C.S. ORDES	1.803	3,55	1.665	3,67	-7,65
UAP C.S. LALIN	1.859	3,66	1.640	3,62	-11,78
UAP C.S. NOIA	1.808	3,56	1.491	3,29	-17,53
UAP C.S. SANTA COMBA	1.591	3,13	1.424	3,14	-10,50
UAP C.S. FONTIÑAS	1.667	3,28	1.321	2,91	-20,76
UAP C.S. BERTAMIRANS (AMES-BERTAMIRANS)	1.331	2,62	1.049	2,31	-21,19
UAP C.S. RIANXO	1.059	2,08	1.036	2,29	-2,17

Fuente: elaboración propia a partir de la información facilitada por el centro

En general el número de pacientes derivados por atención primaria desciende en 2010, apreciándose que tan solo se incrementa (un 12,5%) el volumen de urgencias atendidas que proceden del PAC situado en el mismo hospital.

Debe ponerse de manifiesto que al momento de confeccionarse el presente informe no existían protocolos conjuntos, en el ámbito fiscalizado, entre atención primaria y el complejo hospitalario, a efectos de normalizar y encauzar la atención de los distintos supuestos, instaurando un adecuado filtro de pacientes de atención primaria hacia las urgencias hospitalarias. En las encuestas realizadas a personal facultativo de urgencias, éste considera que en muchos casos se trata de situaciones que podrían ser objeto de atención en otro nivel asistencial.

C) Entradas en urgencias por tipo de financiación

Considerando las entidades que soportan el gasto de las urgencias registradas se ha confeccionado, para el ejercicio 2010, el siguiente cuadro resumen:

Cuadro nº 9: Entradas según fuente de financiación

Modalidad de financiación	Número de episodios 2009	% s/total	Número de episodios 2010	% s/total	% Variación 2010/2009
Cobertura con cargo al SNS (Galicia)	91.726	92,99	90.903	92,74	-0,90
SNS (Otras comunidades autónomas)	1.121	1,14	1.388	1,42	23,82
Mutuas y Aseguradoras privadas	3.683	3,73	3.556	3,63	-3,45
Convenios Internacionales	452	0,46	526	0,54	16,37
Particulares	231	0,23	231	0,24	0,00
Sin codificar	1.429	1,45	1.419	1,45	-0,70
Total	98.642	100	98.023	100,00	-0,63

Fuente: elaboración propia a partir de la información facilitada por el centro

En ambos ejercicios en algo más del 94% de las entradas en urgencias corresponden a pacientes con derecho a la asistencia gratuita con cargo al SNS, de los cuales el 93% son de la propia comunidad autónoma y el porcentaje restante corresponde a pacientes del resto de España con cobertura del SNS. En los restantes supuestos, existe una obligación de pago, bien por el beneficiario de la prestación o por un tercero (mutuas, compañías aseguradoras,...). En este apartado se concentran mayoritariamente los accidentes de tráfico y trabajo. Debe resaltarse que no se ha podido determinar, al no figurar debidamente codificado el garante, un 1,45% del total de urgencias atendidas.

De la evolución interanual destacan, como más significativos, el incremento en 2010 de los pacientes del SNS de otras comunidades autónomas y de los atendidos con amparo en convenios internacionales, sin duda por el incremento del volumen de personas temporalmente desplazadas con ocasión de la celebración del año jacobeo.

D) Distribución de las entradas en urgencias por edad del paciente

Atendiendo a la edad de los pacientes atendidos en el SUH, a continuación se refleja la información relativa a los años 2009 y 2010:

Cuadro nº 10: Entradas según tramo de edad

Tramo de edad	Episodios 2009	% s/total	Episodios 2010	% s/total
14-23	9.814	9,95	8.927	9,11
24-33	13.214	13,40	12.521	12,77
34-43	11.602	11,76	11.964	12,21
44-53	11.842	12,01	11.677	11,91
54-63	13.061	13,24	12.988	13,25
64-73	13.331	13,51	13.367	13,64
74-83	16.642	16,87	17.271	17,62
84-93	8.396	8,51	8.508	8,68
94-103	726	0,74	793	0,81
+ de 103	11	0,01	5	0,01
Sin información	3	0,00	2	0,00
Total	98.642	100,00	98.023	100,00

Fuente: elaboración propia a partir de la información facilitada por el centro

En torno al 40% de la demanda corresponde a pacientes de más de 64 años, pese a que dicho grupo poblacional representa tan solo el 21,32% de la población del área de referencia. El tramo de edad con más peso específico es el comprendido entre los 74 y 83 años, que llega a alcanzar en 2010 el 17,62% del total.

E) Distribución de las entradas por origen

Atendiendo al lugar de residencia de los pacientes, de la información facilitada se desprenden las siguientes magnitudes:

Cuadro nº 11: Distribución de entradas por provincia

Provincia	Episodios 2009	% s/total	Episodios 2010	% s/total
A Coruña	78.067	79,14	77.601	79,17
Pontevedra	17.460	17,70	16.890	17,23
Lugo	707	0,72	611	0,62
Ourense	407	0,41	405	0,41
Total Galicia	96.641	97,97	95.507	97,43
Extranjeros	549	0,56	686	0,70
Resto España	1.452	1,47	1.830	1,87
Total General	98.642	100,00	98.023	100,00

Fuente: elaboración propia a partir de la información facilitada por el centro

Teniendo en consideración el municipio de residencia del paciente asistido en urgencias, se observa que esta alcanza más de 600 ítems. A continuación se refleja el número de episodios registrados para los 10 municipios con mayor afluencia:

Cuadro nº 12: Distribución de las entradas según origen

Municipio	Episodios 2009	% s/total	Episodios 2010	% s/total
Santiago de Compostela	21.368	21,66	21.012	21,44
Ames	5.350	5,42	5.511	5,62
Estrada (A)	4.782	4,85	4.639	4,73
Lalin	3.660	3,71	3.455	3,52
Teo	3.605	3,65	3.585	3,66
Noia	3.390	3,44	3.188	3,25
Ordes	3.343	3,39	3.356	3,42
Santa Comba	3.248	3,29	3.221	3,29
Rianxo	2.593	2,63	2.663	2,72
Padrón	2.296	2,33	2.377	2,42

Fuente: elaboración propia a partir de la información facilitada por el centro

Los 10 municipios antes señalados concentran en torno al 54% de la demanda total atendida.

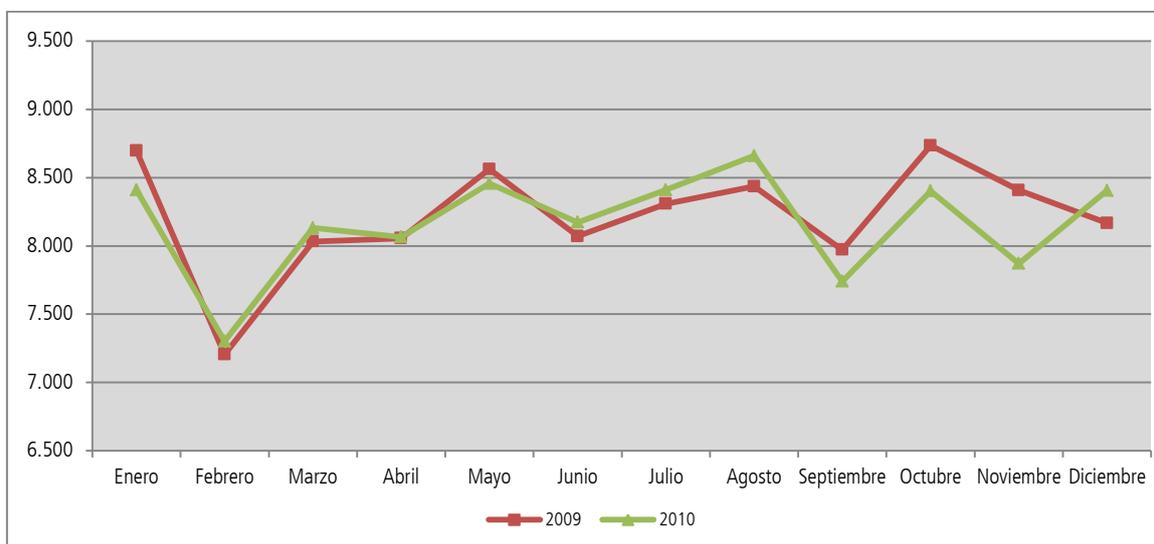
F) Distribución mensual de las entradas en urgencias

El análisis se estructura atendiendo a la cuantificación y evolución mensual, así como a la media diaria correspondiente a este periodo.

Cuadro nº 13: Distribución mensual de las entradas en urgencias

Mes	2009	% s/total año	2010	% s/total año	% Variación 2010/2009
Enero	8.697	8,82%	8.409	8,58%	-3,31%
Febrero	7.205	7,30%	7.302	7,45%	1,35%
Marzo	8.032	8,14%	8.132	8,30%	1,25%
Abril	8.055	8,17%	8.065	8,23%	0,12%
Mayo	8.561	8,68%	8.456	8,63%	-1,23%
Junio	8.071	8,18%	8.172	8,34%	1,25%
Julio	8.308	8,42%	8.410	8,58%	1,23%
Agosto	8.435	8,55%	8.660	8,83%	2,67%
Septiembre	7.971	8,08%	7.740	7,90%	-2,90%
Octubre	8.734	8,85%	8.401	8,57%	-3,81%
Noviembre	8.407	8,52%	7.871	8,03%	-6,38%
Diciembre	8.166	8,28%	8.405	8,57%	2,93%
Total	98.642	100,00%	98.023	100,00%	-0,63%

Fuente: elaboración propia a partir de la información facilitada por el centro



Cuadro nº 14: Media diaria de pacientes

Mes	2009	2010
Enero	280,55	271,26
Febrero	257,32	260,79
Marzo	259,10	262,32
Abril	268,50	268,83
Mayo	276,16	272,77
Junio	269,03	272,40
Julio	268,00	271,29
Agosto	272,10	279,35
Septiembre	265,70	258,00
Octubre	281,74	271,00
Noviembre	280,23	262,37
Diciembre	263,42	271,13
Media diaria anual	270,25	268,56

Fuente: elaboración propia a partir de la información facilitada por el centro

En base a la información que precede cabe realizar, respecto de la tendencia mensual de frecuentación del servicio de urgencias, las siguientes consideraciones:

- En 2009 los meses con mayor incremento de demanda fueron octubre, enero, mayo y agosto, en tanto que los de menor frecuentación en términos absolutos correspondió a septiembre y febrero. En 2010 los meses con mayor demanda asistencial fueron agosto, mayo, julio y enero en tanto que la menor demanda correspondió, igual que en el año anterior a septiembre y febrero.

- De la comparativa interanual se observa que en 2010 los incrementos más significativos se produjeron en los meses de agosto y diciembre, en tanto que los descensos más acusados corresponden a la actividad de noviembre y enero.
- La media diaria de pacientes en 2010 experimenta un ligero descenso (0,63%) con respecto al ejercicio precedente, pasando de 270,25 a 268,56 atenciones diarias. En el detalle mensual se aprecia que en 2009 los meses con un promedio diario más elevado fueron octubre, noviembre, enero y mayo, en tanto que en 2010 fueron agosto, mayo, junio y julio. A "sensu" contrario, en 2009 el menor promedio diario de asistencias correspondió a febrero y marzo en tanto que en 2010 se produjeron en febrero y septiembre.

E) Análisis de la frecuentación de urgencias por pacientes. Polifrecuentación

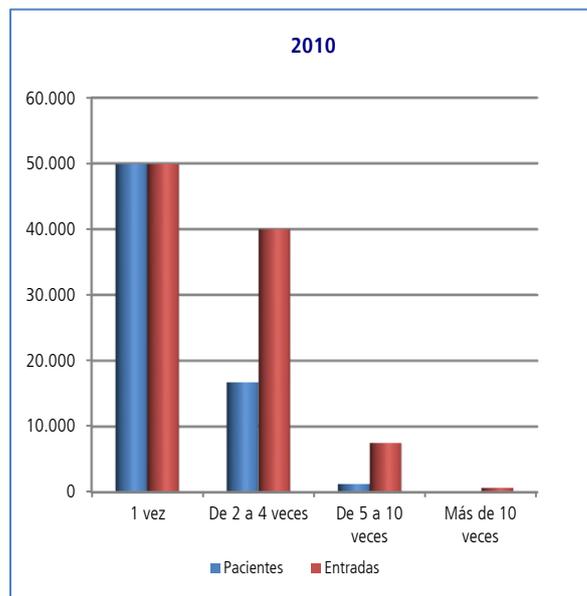
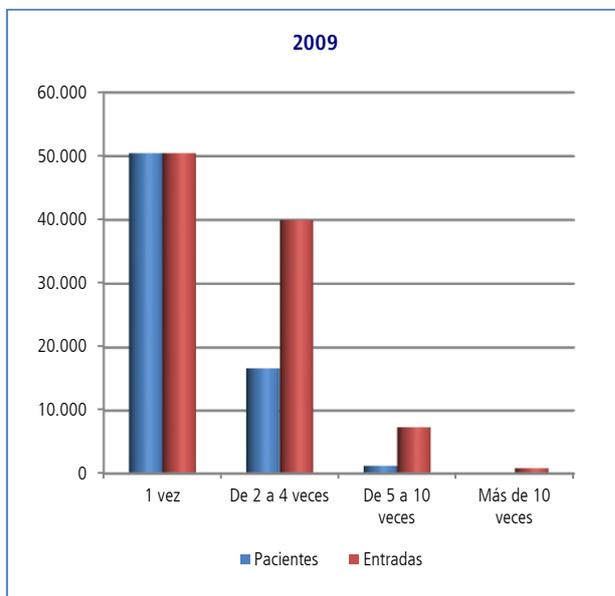
Un aspecto a valorar dentro del análisis general de la demanda urgente es el número de veces que el mismo paciente acude a urgencias. La existencia de pacientes crónicos o con pluripatologías, representa una cuestión a conocer en orden a una correcta planificación de la oferta y, asimismo, para la adopción de medidas tendentes a reconducir esta modalidad hacia otros ámbitos sanitarios más idóneos.

A continuación se refleja el cuadro resumen de pacientes atendidos y el número de episodios urgentes durante los años 2009 y 2010:

Cuadro nº 15: Frecuentación

Tramo	Nº pacientes 2009	% s/total	Nº episodios urgentes 2009	% s/total	Nº pacientes 2010	% s/total	Nº episodios urgentes 2010	% s/total
1 vez	50.457	73,71%	50.457	51,15%	49.913	73,47%	49.913	50,92%
De 2 a 4 veces	16.710	24,41%	39.989	40,54%	16.721	24,61%	39.968	40,77%
De 5 a 10 veces	1.225	1,79%	7.353	7,45%	1.256	1,85%	7.487	7,64%
Más de 10 veces	57	0,08%	843	0,85%	45	0,07%	655	0,67%
Total	68.449	100,00%	98.642	100,00%	67.935	100,00%	98.023	100,00%

Fuente: elaboración propia a partir de la información facilitada por el centro



Del análisis de la información que antecede cabe extraer las siguientes consideraciones:

- El número de pacientes atendidos en urgencias durante 2009 se elevó a 68.449, representando el 17,3% de la población del área de referencia. El 73,7% de los pacientes acudió a urgencias una vez (51,15% del total de episodios registrados), en tanto que el 24,4% lo hizo entre 2 y 4 veces en dicho ejercicio, representando el 40,5% de las atenciones. Por último debe reseñarse que el 1,9% de los pacientes acudieron a urgencias más de 5 veces siendo significativo destacar que pese a representar un porcentaje reducido, acumulan no obstante el 8,2% de los episodios registrados, apreciándose la existencia, en algunos supuestos, de enfermos que han acudido más de 30 veces a lo largo del año.
- En 2010 no se aprecian diferencias significativas. El número de pacientes atendidos fue de 67.935, representando el 17,2% de la población del área de referencia. El 73,5% de los mismos acudió a urgencias una vez (51% del total de episodios registrados), en tanto que el 24,6% lo hizo entre 2 y 4 veces, representando en este caso el 40,8% de las atenciones. Por último debe reseñarse que el 1,9% de los pacientes acudieron a urgencias más de 5 veces, acumulando dicho colectivo el 8,3% de los episodios registrados.
- En ambos ejercicios la media anual de frecuentación al SUH por parte de los pacientes se sitúa en 1,4.

- De la confrontación de números de historias clínicas de pacientes atendidos en urgencias en 2009 y 2010 resulta que cerca de 27.000 (en torno al 40% del total) utilizaron el SUH en ambos ejercicios, acumulando cerca del 50% del total de episodios.

F) Frecuentación diaria del servicio de urgencias

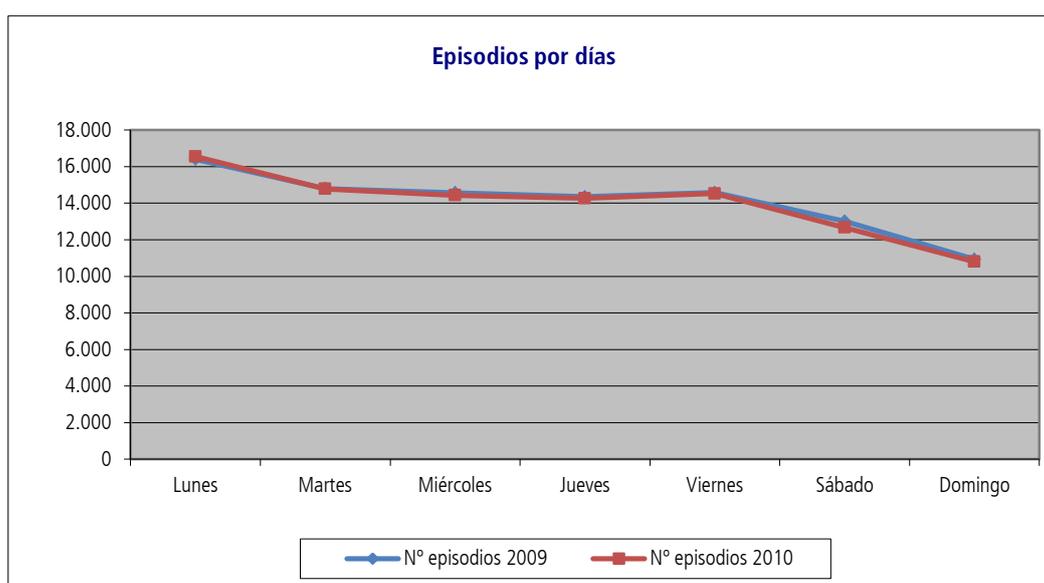
Conocer la frecuentación diaria de urgencias es relevante para determinar la existencia de tendencias previsibles y así efectuar una adecuada gestión de los medios disponibles para optimizar la gestión.

Tomando como base el periodo 2009-2010, el número de urgencias atendidas por día de la semana fue el que a continuación se refleja:

Cuadro nº 16: Frecuentación diaria

Día	Nº episodios 2009	Promedio diario	Nº episodios 2010	Promedio diario
Lunes	16.402	315,42	16.550	318,27
Martes	14.792	284,46	14.780	284,23
Miércoles	14.567	280,13	14.430	277,50
Jueves	14.355	270,85	14.268	274,38
Viernes	14.582	280,42	14.524	274,04
Sábado	13.012	250,23	12.670	243,65
Domingo	10.932	210,23	10.801	207,71
Total	98.642	270,25	98.023	268,56

Fuente: elaboración propia a partir de la información facilitada por el centro



Se desprende la existencia de una clara tendencia que puede resumirse en lo siguiente:

- El día más álgido en cuanto a visitas al servicio es el lunes. Dicho día acumula a lo largo del año el 16,8% de las atenciones.
- La tendencia es decreciente hasta el viernes para descender, de forma significativa, el fin de semana.
- El día con una frecuentación menor es el domingo. La diferencia con respecto al día de más afluencia alcanza de promedio los 107 pacientes, lo que significa una disminución de más del 37% de la demanda.
- En términos generales los fines de semana y festivos se produce un decremento medio de la demanda con respecto a la media de los días laborables de en torno al 22%.

G) Entradas en urgencias por turnos

La carga de trabajo en función del número de personas que acceden al servicio en los distintos turnos es también un elemento de especial relevancia, en particular a la hora de diseñar turnos de trabajo que se adecuen a dicha afluencia.

Al igual que en el supuesto anterior ha sido analizada la actividad de los años 2009 y 2010. Se ha tomado como referencia la jornada distribuida en franjas horarias de 8 horas. La información resultante es la que a continuación se relaciona:

Cuadro nº 17: Entradas según turno

Turno	Nº de urgencias 2009	% s/total	Nº de urgencias 2010	% s/total
Mañana (8 a 16 horas)	50.145	50,84	49.717	50,72
Tardes (16 a 24 horas)	37.165	37,68	37.166	37,92
Noches (24 a 8 horas)	11.332	11,49	11.140	11,36
Total	98.642	100,00	98.023	100,00

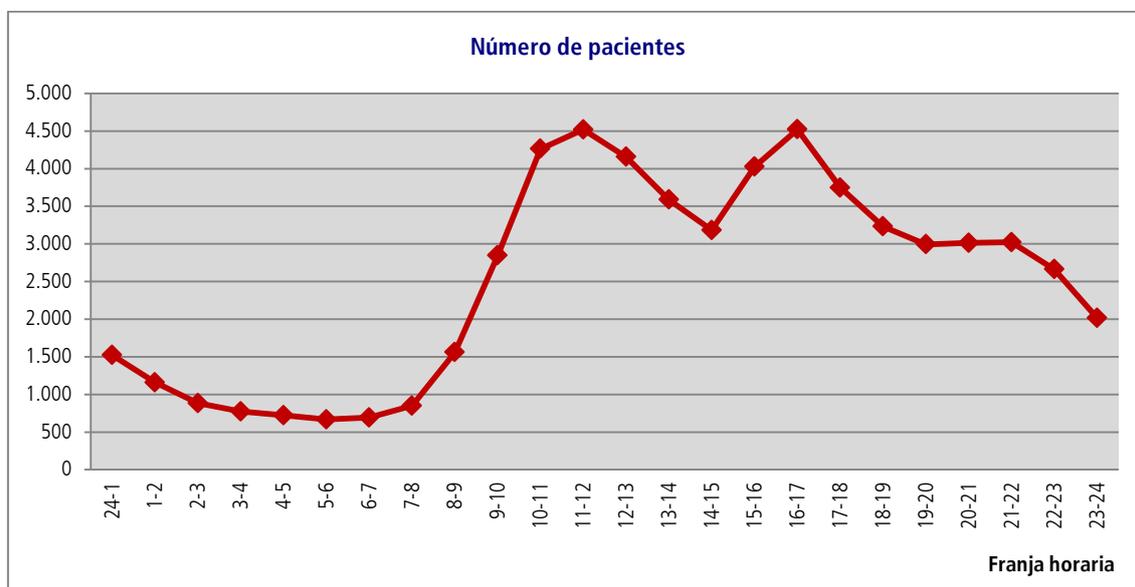
Fuente: elaboración propia a partir de la información facilitada por el centro

Para ilustrar mejor la situación se expone a continuación la información detallada en periodos de una hora:

Cuadro n° 18: Frecuentación por franja horaria

Franja horaria	N° de pacientes 2009	% s/total	Promedio diario	N° de pacientes 2010	% s/total	Promedio diario
De 24 a 1	2.449	2,48	6,71	2.468	2,52	6,76
de 1 a 2	1.821	1,85	4,99	1.754	1,79	4,81
de 2 a 3	1.307	1,32	3,58	1.281	1,31	3,51
de 3 a 4	1.063	1,08	2,91	1.066	1,09	2,92
de 4 a 5	1.016	1,03	2,78	989	1,01	2,71
de 5 a 6	1.000	1,01	2,74	968	0,99	2,65
de 6 a 7	1.084	1,10	2,97	1.045	1,07	2,86
de 7 a 8	1.592	1,61	4,36	1.569	1,60	4,30
de 8 a 9	3.235	3,28	8,86	3.288	3,35	9,01
de 9 a 10	5.314	5,39	14,56	5.384	5,49	14,75
de 10 a 11	7.228	7,33	19,80	7.073	7,22	19,38
de 11 a 12	8.130	8,24	22,27	8.068	8,23	22,10
de 12 a 13	7.771	7,88	21,29	7.677	7,83	21,03
de 13 a 14	6.420	6,51	17,59	6.366	6,49	17,44
de 14 a 15	5.874	5,95	16,09	5.660	5,77	15,51
de 15 a 16	6.173	6,26	16,91	6.201	6,33	16,99
de 16 a 17	6.772	6,87	18,55	6.920	7,06	18,96
de 17 a 18	5.659	5,74	15,50	5.754	5,87	15,76
de 18 a 19	4.818	4,88	13,20	4.912	5,01	13,46
de 19 a 20	4.418	4,48	12,10	4.435	4,52	12,15
de 20 a 21	4.343	4,40	11,90	4.357	4,44	11,94
de 21 a 22	4.022	4,08	11,02	3.826	3,90	10,48
de 22 a 23	3.804	3,86	10,42	3.743	3,82	10,25
de 23 a 24	3.329	3,37	9,12	3.219	3,28	8,82
Total	98.642	100,00	270,25	98.023	100,00	268,56

Fuente: elaboración propia a partir de la información facilitada por el centro



Por turnos la concentración es notablemente mayor durante las mañanas (más del 50% del total) y las tardes (37,8%), descendiendo considerablemente el volumen de entradas en el turno de noche (11,4% del total).

Existen notorias diferencias horarias a lo largo de la jornada. La franja de mayor afluencia al servicio se sitúa entre las 10 y las 18 horas, concentrando el 54% del volumen total de entradas. En sentido contrario, el periodo comprendido entre las 24 y las 8 horas tan sólo representa algo más del 11%, alcanzando su pico más bajo entre las 5 y las 6 de la mañana.

Atendiendo a la media anual de pacientes se observa que los que ingresan en la franja horaria de mayor afluencia (de 11 a 12 horas) representan una media de 22 pacientes, en tanto que en el periodo de menor actividad (5 a 6 horas) dicha media desciende hasta los 2,6 pacientes por hora.

III.2. ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD

III.2.1. ALTAS EN URGENCIAS

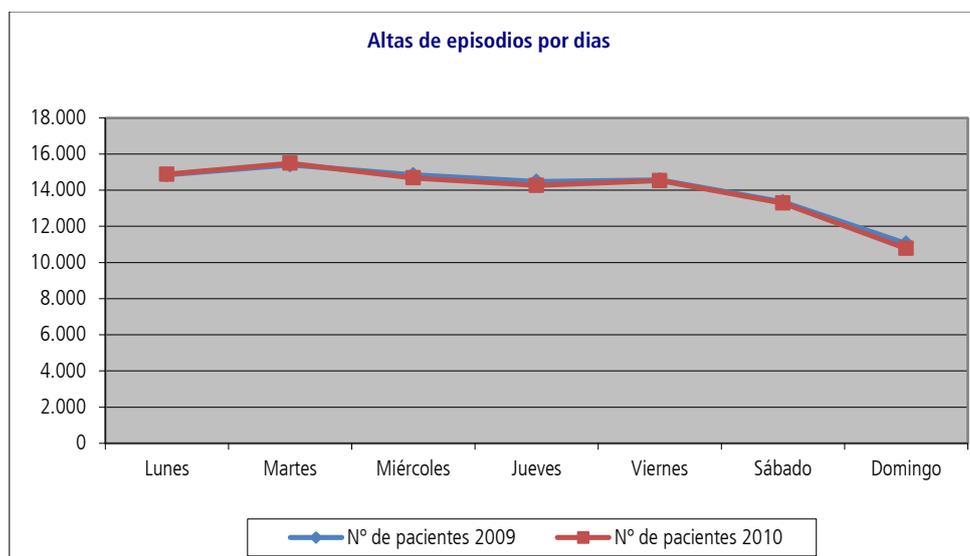
A) Altas por días de la semana

A efectos de conocer la evolución diaria de las altas en el servicio de urgencia atendiendo al día de la semana en que se registran, se ha confeccionado el siguiente cuadro resumen, tomando en consideración a los pacientes que causaron alta en el SUH dentro de los ejercicios 2009 y 2010 respectivamente:

Cuadro nº 19: Altas diarias

Día	Nº de pacientes 2009	Promedio diario	Nº de pacientes 2010	Promedio diario
Lunes	14.858	285,73	14.883	286,21
Martes	15.405	296,25	15.488	297,85
Miércoles	14.850	285,58	14.675	282,21
Jueves	14.481	273,23	14.268	274,38
Viernes	14.568	280,15	14.525	274,06
Sábado	13.357	256,87	13.282	255,42
Domingo	11.058	212,65	10.779	207,29
Total	98.577	270,07	97.900	268,22

Fuente: elaboración propia a partir de la información facilitada por el centro



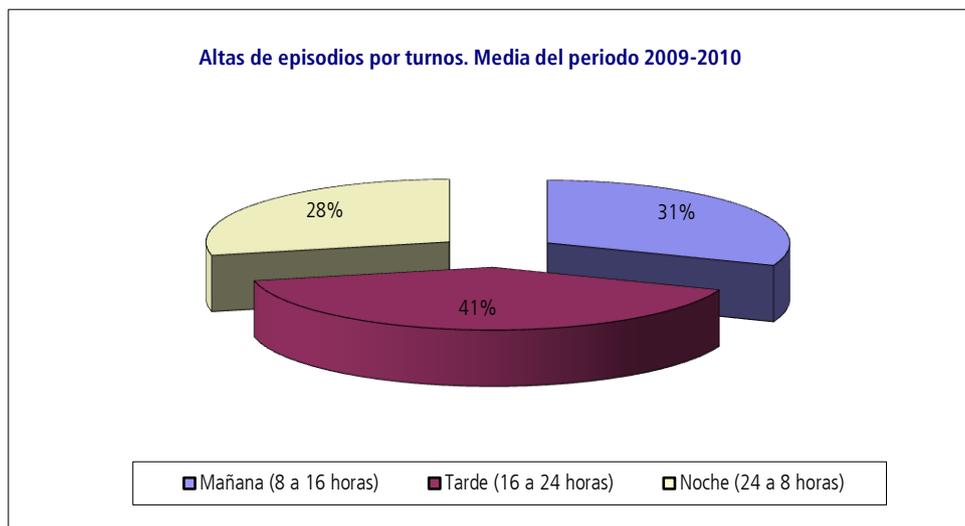
En general se aprecia que la tendencia de altas se corresponde con la entrada de pacientes, si bien en lugar del lunes es el martes el día con mayor concentración. Igualmente en correspondencia con el número de entradas, el menor volumen de altas se produce en el fin de semana.

B) Altas de pacientes por turnos

Cuadro nº 20: Altas por turnos

Turno	Nº de altas 2009	% s/total	Nº de altas 2010	% s/total
Mañana (8 a 16 horas)	30.473	30,89	30.722	31,34
Tarde (16 a 24 horas)	40.100	40,65	40.417	41,23
Noche (24 a 8 horas)	28.069	28,46	26.884	27,43
Total	98.642	100,00	98.023	100,00

Fuente: elaboración propia a partir de la información facilitada por el centro



La distribución de altas por turnos es muy similar en ambos ejercicios. En la franja horaria de 16 a 24 horas es cuando se produce el mayor número, con un 41% del total, seguido del periodo comprendido entre las 8 y las 16 horas con el 31%. El menor número de altas se produce entre las 24 y las 8 horas donde se concentra el 28% del total de altas.

La información referida pone en evidencia que no existe una correlación con el volumen de entradas en los respectivos turnos. Dicha circunstancia viene condicionada por la prolongación, por diversas causas, del tiempo de atención de los pacientes en urgencias, al no haberse logrado resolver la asistencia en el propio turno y, en consecuencia, por el mismo facultativo que, en principio, ha asumido el seguimiento del paciente y que debe ser finalizado por otro que ha de revisar los antecedentes. De los datos puestos de relieve se desprende un desplazamiento de la atención de los pacientes de los turnos de mañana y tarde a los siguientes respectivos; el índice de altas/entradas es del 60% en el turno de mañana, del 108% en el de tarde y del 247% en el de noche.

Asimismo, hay que considerar el efecto que se produce como consecuencia de que en el periodo de mañana se generan pocos ingresos en planta de hospitalización debido a carencias de camas o a la prolongación en el tiempo del proceso administrativo seguido para su asignación formal y la posterior materialización del ingreso.

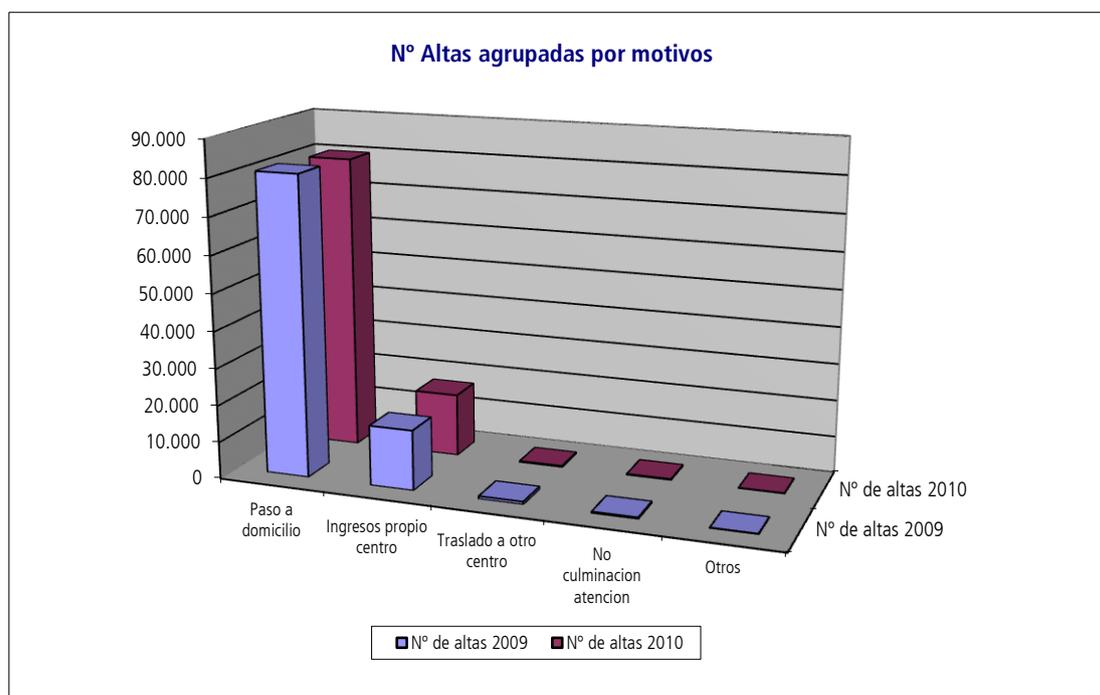
C) Altas por motivos

El desglose de los motivos de altas en el servicio de urgencias para el ejercicio 2010 es el siguiente:

Cuadro n° 21: Altas por motivos

Motivo del alta	N° de altas 2009	% s/total	N° de altas 2010	% s/total
Pase a domicilio	80.980	82,09	80.007	81,62
Pase a hospitalización	16.287	16,51	17.085	17,43
Traslado a hospital privado	496	0,50	243	0,25
Alta voluntaria	413	0,42	323	0,33
Traslado a hospital agudos Sergas	214	0,22	133	0,14
Exitus	188	0,19	183	0,19
Fuga	23	0,02	21	0,02
Tras. hosp. agudos publ. no Sergas	13	0,01	6	0,01
Exitus extramuros	9	0,01	6	0,01
Hotel de pacientes	7	0,01	0	0
Traslado a centro sociosanitario	5	0,01	3	0,00
Paso a consultas externas	4	0,00	9	0,01
Hospitalización a domicilio	3	0,00	4	0,00
Total	98.642	100,00	98.023	100,00

Fuente: elaboración propia a partir de la información facilitada por el centro



Las altas asistenciales representaron algo más del 82% de la actividad registrada, en su inmensa mayoría por alta al domicilio del paciente.

Los ingresos y derivaciones a otro centro suponen cerca del 18% de las altas y la demanda no satisfecha íntegramente está por debajo del 0,4%.

Existe un 1% de los casos en los que no se ha codificado debidamente el motivo del alta, desconociéndose por tanto, la causalidad de la misma. Los "éxitus" en el servicio alcanzaron el 0,4% del total de pacientes.

III.2.2. INGRESOS HOSPITALARIOS PROCEDENTES DE URGENCIAS

A) Presión de urgencias

Uno de los indicadores más relevantes en la atención urgente es la presión de urgencias que se define como el cociente entre el número de ingresos urgentes y el total de ingresos multiplicado por 100. Este indicador pone de manifiesto en que medida la actividad de urgencias repercute sobre la actividad de hospitalización.

La evolución de la presión de urgencias global del complejo hospitalario analizado ha fluctuado entre el 60,25% y el 62%, durante el periodo 2007-2010, según el siguiente detalle:

Cuadro nº 22: Evolución del índice de presión de urgencias

Año	Presión de urgencias
2007	61,99%
2008	60,25%
2009	60,73%
2010	62,01%

Fuente: elaboración propia a partir de la información facilitada por el centro

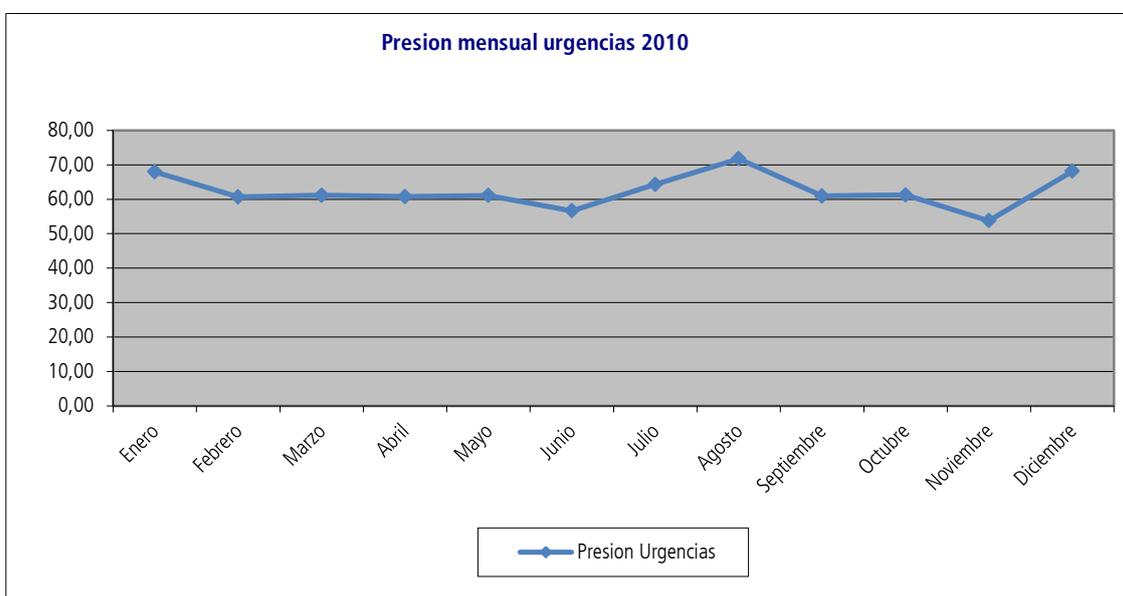
Las ratios alcanzadas están por debajo (en torno a los 4,5 puntos) de la media de la Comunidad Autónoma y representando, junto con el complejo hospitalario de Pontevedra, los de menor presión de urgencias de todos los complejos hospitalarios de Galicia.

A continuación se relaciona, por meses, la presión de urgencias experimentada por el hospital analizado durante el año 2010:

Cuadro n° 23: Índice de presión de urgencias por meses

Mes	2010
Enero	67,95
Febrero	60,68
Marzo	61,16
Abril	60,78
Mayo	61,11
Junio	56,66
Julio	64,31
Agosto	71,76
Septiembre	60,97
Octubre	61,26
Noviembre	53,79
Diciembre	68,12
Media anual	62,10

Fuente: elaboración propia a partir de la información facilitada por el centro



Del examen de la información que antecede se desprenden las siguientes consideraciones:

- La mayor presión de urgencias observada en este período se obtuvo en el mes de agosto con un diferencial de casi 10 puntos por encima de la media anual, seguido de los meses de diciembre y enero con desviaciones respecto a la media anual de en torno a los 6 puntos. Los

menores indicadores se obtienen en noviembre y junio, donde la presión de urgencias es menor en 7 y 5 puntos a la media general anual.

B) Pacientes ingresados por edad

La distribución por edades de los episodios atendidos, que dieron lugar a ingreso en planta de hospitalización durante el período objeto de análisis se resume a continuación:

Cuadro nº 24: Pacientes ingresados por edad

Tramo de edad	Episodios 2009	% s/total	Episodios 2010	% s/total
14-23	619	3,80	553	3,24
24-33	985	6,05	967	5,66
34-43	1.144	7,02	1.200	7,02
44-53	1.514	9,30	1.593	9,32
54-63	2.205	13,54	2.183	12,78
64-73	2.830	17,38	2.836	16,60
74-83	4.435	27,23	4.806	28,13
84-93	2.370	14,55	2.660	15,57
94-103	184	1,13	287	1,68
+ de 103	1	0,01	0	0,00
Total	16.287	100,00	17.085	100,00

Fuente: elaboración propia a partir de la información facilitada por el centro

Se aprecia claramente que el tramo de edad con mayor peso específico, de pacientes que ingresan, corresponde al de entre 74 y 83 años, que por sí solos representan cerca del 28% del total. Los mayores de 64 años concentran más del 60% de los ingresos, pese a representar en torno al 21% de la población del área sanitaria.

C) Pacientes ingresados por servicios

El siguiente cuadro refleja el destino, por unidades de hospitalización, de los pacientes que acudieron a urgencias durante 2009 y 2010 y que causaron ingreso hospitalario:

Cuadro n° 25: Pacientes ingresados por servicios

Unidad	N° de urgencias ingresadas 2009	% s/total	N° de urgencias ingresadas 2010	% s/total
Medicina Interna	2.123	13,03	2.247	13,15
Neumología	1.798	11,04	1.859	10,88
Cirugía General y Digestiva	1.721	10,57	1.488	8,71
Traumatología	1.346	8,26	1.418	8,3
Cardiología	1.264	7,76	1.405	8,22
Digestivo	945	5,80	1.189	6,96
Neurología	828	5,08	676	3,96
Psiquiatría	661	4,06	730	4,27
Oncología	656	4,03	649	3,8
Unidad Médica de Alta Precoz	647	3,97	919	5,38
Neurocirugía	446	2,74	500	2,93
Unidad Plurip. Edad Avanzada	444	2,73	570	3,34
Urología	406	2,49	389	2,28
Angiología y Cir.Vascular	340	2,09	297	1,74
Unidad Cuidados Paliativos	264	1,62	320	1,87
Obstetricia	223	1,37	217	1,27
Otros	2.175	13,35	2.212	12,95
Totales	16.287	100,00	17.085	100,00

Fuente: elaboración propia a partir de la información facilitada por el centro

Cinco servicios (medicina interna, neumología, cirugía general, traumatología y cardiología) concentran la mitad de los ingresos que se producen.

D) Ingresos de pacientes por meses

El cuadro que se expone a continuación resume, en relación con el número de atenciones urgentes, los ingresos en planta de hospitalización de pacientes en los años 2009 y 2010:

Cuadro n° 26: Ingresos de pacientes por meses. Ejercicio 2009

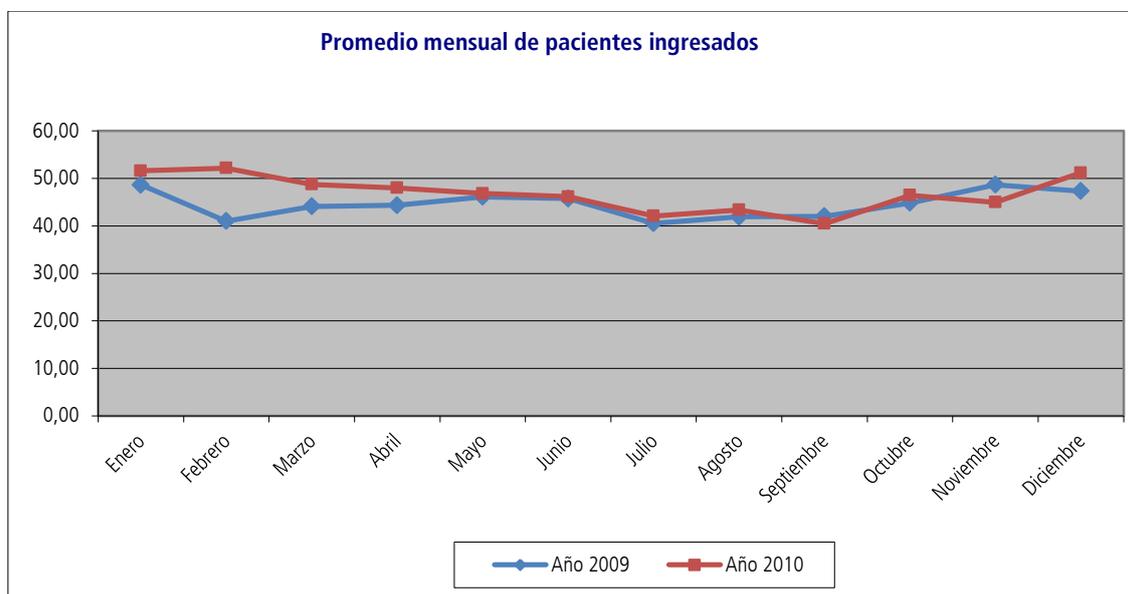
Mes	N° de urgencias registradas	N° de pacientes ingresados	% s/total	Promedio diario	% Pacientes atendidos ingresados	% Pacientes atendidos no ingresados
Enero	8.697	1.508	9,26	48,65	17,34	82,66
Febrero	7.205	1.148	7,05	41,00	15,93	84,07
Marzo	8.032	1.367	8,39	44,10	17,02	82,98
Abril	8.055	1.330	8,17	44,33	16,51	83,49
Mayo	8.561	1.429	8,77	46,10	16,69	83,31
Junio	8.071	1.372	8,42	45,73	17,00	83,00
Julio	8.308	1.256	7,71	40,52	15,12	84,88
Agosto	8.435	1.299	7,98	41,90	15,40	84,60
Septiembre	7.971	1.261	7,74	42,03	15,82	84,18
Octubre	8.734	1.390	8,53	44,84	15,91	84,09
Noviembre	8.407	1.460	8,96	48,67	17,37	82,63
Diciembre	8.166	1.467	9,01	47,32	17,96	82,04
Total	98.642	16.287	100,00	44,62	16,51	83,49

Fuente: elaboración propia a partir de la información facilitada por el centro

Cuadro nº 27: Ingresos de pacientes por meses. Ejercicio 2010

Mes	Nº de urgencias registradas	Nº de pacientes ingresados	% s/total	Promedio diario	% Pacientes atendidos ingresados	% Pacientes atendidos no ingresados
Enero	8.409	1.599	9,36	51,58	19,02	80,98
Febrero	7.302	1.461	8,55	52,18	20,01	79,99
Marzo	8.132	1.511	8,84	48,74	18,58	81,42
Abril	8.065	1.440	8,43	48,00	17,85	82,15
Mayo	8.456	1.451	8,49	46,81	17,16	82,84
Junio	8.172	1.384	8,10	46,13	16,94	83,06
Julio	8.410	1.305	7,64	42,10	15,52	84,48
Agosto	8.660	1.344	7,87	43,35	15,52	84,48
Septiembre	7.740	1.214	7,11	40,47	15,68	84,32
Octubre	8.401	1.440	8,43	46,45	17,14	82,86
Noviembre	7.871	1.349	7,90	44,97	17,14	82,86
Diciembre	8.405	1.587	9,29	51,19	18,88	81,12
Total	98.023	17.085	100,00	46,81	17,43	82,57

Fuente: elaboración propia a partir de la información facilitada por el centro



Respecto de la anterior información cabe efectuar las siguientes consideraciones:

- A pesar de que el volumen total de urgencias atendidas en 2010 desciende ligeramente con respecto al ejercicio anterior se incrementa un 4,5% el número de episodios que finalizaron en ingreso hospitalario. El porcentaje de pacientes atendidos en urgencias que finalmente causaron

ingreso pasó del 16,51% en 2009 al 17,53% en 2010. El promedio diario de ingresos en 2010 se incrementa, con respecto al año anterior en 2,2 pacientes/día.

- La tendencia mensual de ingresos de pacientes no presenta oscilaciones significativas. En ambos ejercicios el mayor porcentaje de ingresos respecto de atenciones se produce en diciembre y enero, teniendo que añadir a los mismos noviembre en 2009 y febrero en 2010. Los meses donde el indicador es sensiblemente menor a la media coinciden plenamente en los dos ejercicios objeto de examen, julio y agosto.

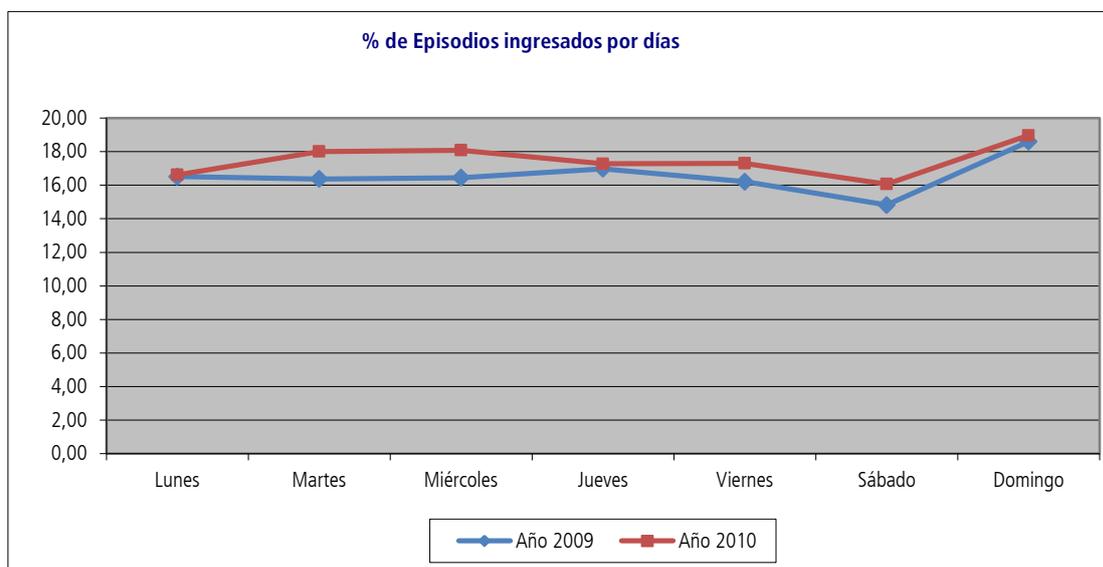
E) Ingresos de pacientes por día

En base a la información facilitada por el centro para el periodo 2009-2010 se ha confeccionado el siguiente cuadro sobre los ingresos, atendiendo al día de la semana en que se producen:

Cuadro nº 28: Ingresos de pacientes por día

Día	Episodios de Urgencias 2009	Nº pacientes ingresados 2009	% Episodios ingresados	Media diaria pacientes ingresados	Episodios de Urgencias 2010	Nº Pacientes ingresados 2010	% Episodios ingresados	Media diaria pacientes ingresados
Lunes	16.402	2.708	16,51	52,08	16.550	2.751	16,62	52,90
Martes	14.792	2.421	16,37	46,56	14.780	2.662	18,01	51,19
Miércoles	14.567	2.396	16,45	46,08	14.430	2.609	18,08	50,17
Jueves	14.355	2.438	16,98	46,00	14.268	2.465	17,28	47,40
Viernes	14.582	2.363	16,20	45,44	14.524	2.513	17,30	47,42
Sábado	13.012	1.928	14,82	37,08	12.670	2.036	16,07	39,15
Domingo	10.932	2.033	18,60	39,10	10.801	2.049	18,97	39,40
Total	98.642	16.287	16,51	44,62	98.023	17.085	17,43	46,81

Fuente: elaboración propia a partir de la información facilitada por el centro



De los datos reflejados se desprenden las siguientes consideraciones:

- En términos absolutos es el lunes (día de mayor afluencia de enfermos al SUH) donde se produce un mayor volumen de ingresos, en tanto que los días con menor volumen absoluto de ingresos son el sábado y domingo. No obstante, tomando en consideración el porcentaje de ingresos sobre pacientes atendidos se aprecia que en ambos ejercicios es el domingo, día de menor afluencia, donde se alcanza un índice más elevado, y el lunes, donde como se expresó la afluencia alcanza su máximo, se sitúa entre los días con una ratio menor.
- En términos de promedio diario la fluctuación es de en torno a los 14 pacientes entre los días de mayor y menor número de ingresos (lunes y sábado y domingo, respectivamente).

F) Ingresos de pacientes por franja horaria

La distribución de los pacientes urgentes ingresados en planta durante los años 2009 y 2010, atendiendo a la franja horaria en que se registró en el sistema informático su alta en el SUH, es la siguiente:

Cuadro nº 29: Ingresos por franja horaria

Franja horaria	Nº de pacientes ingresados 2009	% s/total	Promedio diario	Nº de pacientes ingresados 2010	% s/total	Promedio diario
de 24 a 1	660	4,05	1,81	615	3,60	1,68
de 1 a 2	740	4,54	2,03	777	4,55	2,13
de 2 a 3	570	3,50	1,56	561	3,28	1,54
de 3 a 4	383	2,35	1,05	342	2,00	0,94
de 4 a 5	230	1,41	0,63	203	1,19	0,56
de 5 a 6	141	0,87	0,39	141	0,83	0,39
de 6 a 7	84	0,52	0,23	86	0,50	0,24
de 7 a 8	49	0,30	0,13	46	0,27	0,13
de 8 a 9	72	0,44	0,20	63	0,37	0,17
de 9 a 10	186	1,14	0,51	254	1,49	0,70
de 10 a 11	348	2,14	0,95	406	2,38	1,11
de 11 a 12	284	1,74	0,78	364	2,13	1,00
de 12 a 13	368	2,26	1,01	368	2,15	1,01
de 13 a 14	591	3,63	1,62	702	4,11	1,92
de 14 a 15	3.203	19,67	8,78	2.886	16,89	7,91
de 15 a 16	1.190	7,31	3,26	1.741	10,19	4,77
de 16 a 17	1.427	8,76	3,91	1.684	9,86	4,61
de 17 a 18	1.002	6,15	2,75	990	5,79	2,71
de 18 a 19	887	5,45	2,43	1.044	6,11	2,86
de 19 a 20	1.056	6,48	2,89	1.050	6,15	2,88
de 20 a 21	1.124	6,90	3,08	1.102	6,45	3,02
de 21 a 22	637	3,91	1,75	639	3,74	1,75
de 22 a 23	532	3,27	1,46	556	3,25	1,52
de 23 a 24	523	3,21	1,43	465	2,72	1,27
Total	16.287	100,00	44,62	17.085	100,00	46,81

Fuente: elaboración propia a partir de la información facilitada por el centro

Considerada la información que antecede en franjas horarias de mañana, tarde y noche (de 8 a 16, 16 a 24 y 24 a 8 horas respectivamente) arroja las siguientes cifras:

Cuadro n° 30: Ingresos por turno

Turno	N° ingresos 2009	% s/total	N° ingresos 2010	% s/total
De 0 a 8 horas	2.857	17,54	2.771	16,22
De 8 a 16 horas	6.242	38,33	6.784	39,71
De 16 a 24 horas	7.188	44,13	7.530	44,07
Total	16.287	100,00	17.085	100,00

Fuente: elaboración propia a partir de la información facilitada por el centro

De la información y antecedentes existentes se desprenden las siguientes consideraciones:

- Existen reservas en torno a la integridad de la información relativa a la hora de formalización del alta de los pacientes en los registros informáticos, en particular en los supuestos en que estos causan ingreso. Esto es debido a la mecánica existente a la hora del registro que no se realiza en consonancia con un circuito lógico del flujo de información, y cuyas peculiaridades se expondrán con más detenimiento a la hora de analizar los procedimientos de gestión empleados.
- En cuanto al ingreso por turnos, algo más del 44 % del total se produce en la franja comprendida entre las 16 y las 24 horas, en tanto que entre las 8 y las 16 se ingresa en torno al 39%, descendiendo hasta una media del 17% los ingresos que se producen entre las 24 y las 8 horas.
- Se ha constatado que en los dos años analizados se produce una tendencia a ingresar pacientes en la franja horaria comprendida entre las 14 y las 15 horas, significando en torno al 18% del total de ingresos diarios.
- Casi el 50% de los ingresos se producen en tan sólo 5 horas, las comprendidas entre las 15 y las 20 horas.
- El 51,5% de los ingresos se concentran en la franja horaria comprendida entre las 15 y las 22 horas, el 22,2% entre las 22 y las 8 horas en tanto que el horario de mayor afluencia, de 8 a 15 horas, refleja el 29,5% de los ingresos, circunstancia que pone en evidencia que la sistemática seguida en la liberalización de camas de hospitalización en las plantas, se orienta a concentrar altas y liberar camas en turno de tarde, circunstancia que origina dilaciones innecesarias y ,en ocasiones, saturación en el servicio de urgencias en dicho periodo por el volumen de pacientes a ingresar en espera de asignación de cama.

IV. MEDIOS MATERIALES

IV.1. ASPECTOS GENERALES

La Unidad de Urgencias Hospitalarias se encuentra situada en el hospital clínico universitario de Santiago de Compostela, ubicándose en la planta 2 del edificio A, sector B/C (área de hospitalización del citado hospital) con acceso directo a la calle. En dicha planta se encuentran además los siguientes servicios: urgencias de pediatría, radiología y urgencias de dermatología.

La señalización exterior es adecuada y se ajusta a las recomendaciones que a tal efecto recoge el documento sobre Estándares y Recomendaciones de la Unidad de Urgencias Hospitalarias realizado por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

No hay una entrada diferenciada para las personas que acceden al servicio en ambulancia ni para los enfermos en situación crítica, confluyendo todos los usuarios en la única existente.

En la configuración actual de la estructura física de la unidad de urgencias hospitalarias comparten espacio actividades diferentes (recepción y clasificación de pacientes), así como boxes de atención de algunas especialidades.

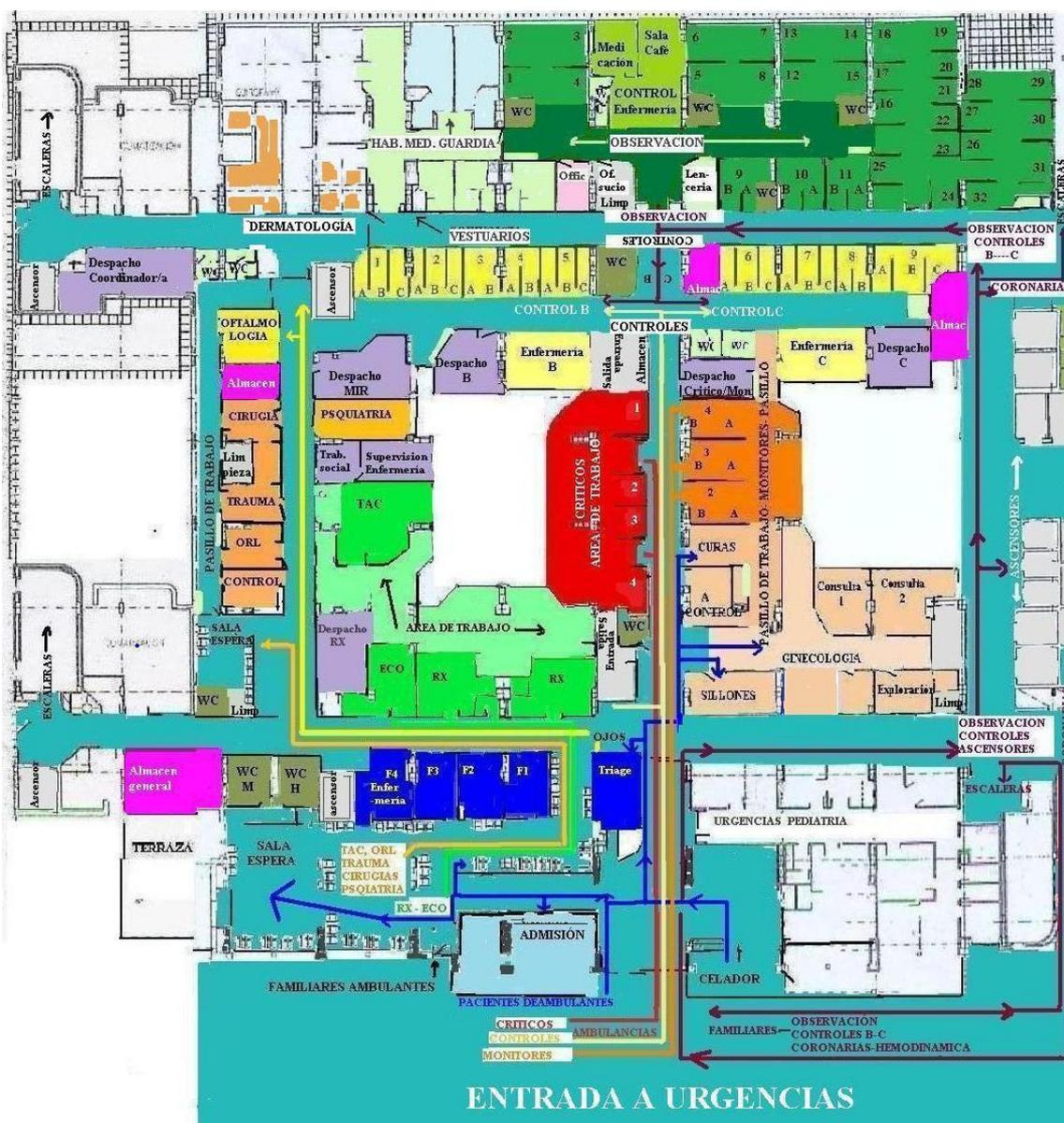
Al momento de realizarse las actuaciones fiscalizadoras el SUH se encontraba inmerso en obras de reforma, que comprendían, fundamentalmente, una ampliación y redistribución funcional de los espacios de observación. Debe destacarse que durante el periodo fiscalizado funcionaba una unidad de preingresos, fuera del recinto general de urgencias, al que se hará mención en distintos apartados del presente informe, y que, al momento actual no estaba operativa.

A tenor de la información facilitada por el centro, la superficie de la unidad de urgencias analizada tiene con la siguiente distribución:

SUH	
Área	Distribución
Despachos urgencias	4 despachos
Área de atención de Urgencias	15 camillas
Puestos monitorizados	10 camillas
Área quirúrgica	2 salas de curas
Observación de urgencias	35 puestos
Unidad de preingresos	30 puestos
Almacenes	1 general y 8 pequeños
Sala de estar de personal	1
Farmacias	1 centras y 6 botiquines
Despachos administrativos	3
Sala de espera de enfermos y acompañantes	1

A continuación se refleja el plano de situación y distribución de áreas existentes en la actualidad, que servirá de referencia en la descripción, tanto de dotación de infraestructuras, como para ilustrar los distintos circuitos asistenciales y funcionales que serán objeto de examen y evaluación en sucesivos apartados del presente informe:

Gráfico nº 1: Plano del área de urgencias



IV.2. ESTRUCTURA FÍSICA Y DISTRIBUCIÓN FUNCIONAL

Al momento de realizarse la presente fiscalización el SUH carecía del pertinente Plan Funcional. Sobre este particular se ha informado de la existencia de un borrador, en fase de tramitación. Lo expuesto ha supuesto una limitación al alcance, en particular en el desarrollo y seguimiento de este apartado, el cual ha sido realizado a través de las comprobaciones materiales realizadas, exponiéndose a continuación los resultados por áreas funcionales:

A) Área de recepción, admisión y clasificación

En ésta se facilita el acceso de los pacientes y familiares, se cumplimenta el trámite administrativo pertinente, así como la información a familiares, y se clasifica al paciente atendiendo a la prioridad clínica que se le asigne. Dentro de la misma se encuentran situadas las siguientes zonas:

Recepción de celadores: Situada en la entrada, dispone de un pequeño espacio físico donde permanece el personal de esta categoría cuya misión es controlar el acceso así como facilitar el traslado del enfermo en caso de requerirlo.

Admisión de urgencias: Despacho de atención al público, situado en un área de tránsito entre la puerta principal de urgencias y la sala de espera de familiares y pacientes. En él se recogen los datos de filiación de los pacientes y se efectúa el registro administrativo informatizado de todo usuario que solicite atención sanitaria. Si bien su actuación se integra dentro del circuito asistencial de la unidad de urgencias, depende orgánicamente del Servicio de Admisión. Cuenta con dotación de equipos informáticos adecuados al número de efectivos que prestan servicio en el mismo.

La ubicación física de la unidad no es la más idónea en orden al mantenimiento de un circuito fluido de tránsito de los pacientes, y no permite que el personal tenga control visual de la zona de acceso.

Sala de espera de pacientes y acompañantes: Está situada al final del pasillo que comunica el vestíbulo de entrada y la zona de admisión y de consultas rápidas y el triaje.

Congrega a los pacientes pendientes de atención en las denominadas consultas y en oftalmología y a los que han sido atendidos, en espera de recibir resultados de pruebas complementarias. Confluyen también en este espacio los familiares o acompañantes de los enfermos. Esta sala está debidamente dimensionada para el volumen de pacientes que son

derivados a la misma (en torno a los 100 asientos), si bien en franjas horarias de mayor actividad puede producirse cierta sensación de saturación del servicio.

La sala cuenta con servicios básicos esenciales (teléfono público, aseos, máquinas expendedoras de bebidas calientes y frías y de alimentos). Se aprecia la carencia de un aseo adaptado para minusválidos.

B) Área asistencial

Despacho de Clasificación o Triage: Este espacio anexo al acceso a la zona de paso restringido del control de enfermería de urgencias y del área de observación.

El área de clasificación dispone de ordenador, si bien el mismo no se utiliza para la actividad de clasificación, dado que al momento de realizarse los trabajos de fiscalización no se había implantado aún el triaje estructurado con soporte informatizado.

Las personas que esperan ser atendidas se ubican en la sala de espera de familiares y pacientes

Puntos de atención de consultas o filtro

En los mismos se atiende a los pacientes susceptibles de un diagnóstico rápido y que no precisan pasar a un control de enfermería (lo que se correspondería con pacientes de los niveles III, IV y V del triaje Manchester). Se trata de pacientes que toleren la bipedestación o el desplazamiento en silla de ruedas y, que pueden valerse por sí mismos o necesitan una ayuda mínima.

Disponen de tres despachos de visita médica que cuentan, cada uno, con una camilla de exploración y de un despacho o consulta de enfermería, en donde son atendidos los pacientes de las consultas y los que son dirigidos a consultas de especialidades (ginecología, oftalmología, etc.)

Clínica de oftalmología

Este punto de atención dispone de un despacho médico, situado al lado de las clínicas de filtro, adaptado a las necesidades asistenciales de esta especialidad. Es atendida por personal facultativo del servicio de oftalmología.

Zona de atención Urgente

Está separada de la zona de admisión y de filtro por una puerta con control de acceso restringido, si bien las particularidades arquitectónicas del área de urgencias, permiten, en la práctica, el acceso a esta área por otras vías, por lo que no queda plenamente garantizado dicho control.

En el área de clínicas se atiende a personas con posible patología médico-quirúrgica compleja o grave absorbiendo un significativo volumen de actividad.

Dentro de esta área se distinguen, a su vez las siguientes zonas:

- **Control de Enfermería A**

Este control atiende a la sala de curas, la consulta de ginecología y la sala de sillones.

La sala de sillones se utiliza para pacientes atendidos inicialmente en el área de consultas y que precisan de una medicación intravenosa o inhalada, o bien enfermos que necesitan observación y reposo por un tiempo breve en espera de la mejoría de un síntoma, como dolor, fiebre, vértigo, etc. Esta sala dispone de 6 sillones reclinables.

La sala de curas es donde se atiende a pacientes con heridas que precisen suturas, quemaduras no críticas y para realizar procedimientos de cirugía menor en los casos precisos.

Antes de finalizar las obras de reforma, se disponía únicamente de una sala debidamente dotada, si bien se había preparado un espacio como segunda sala, para casos de necesidad, sin que el mismo reúna los requisitos necesarios de idoneidad.

- **Controles de Enfermería B y C**

En estas zonas se atiende a los pacientes que, en función de la clasificación previa realizada, precisan estar acostados en camilla o que tienen una medicación y controles de enfermería pautados.

Para hacer frente a la demanda existente se dispone de 15 puestos en estas dos zonas (8 y 7, respectivamente) con la correspondiente dotación de medios asistenciales precisos. No obstante, en la práctica, se observa la existencia de más camillas que las mencionadas, menoscabando las condiciones de idoneidad poniéndose de manifiesto por parte de la responsable del servicio que el dimensionamiento óptimo se puede llegar a sobrepasar en caso de picos asistenciales hasta los 24 puestos, extremo confirmado por las observaciones practicadas durante el trabajo de campo efectuado, apreciándose que se viene produciendo un 60% de sobreaforo, circunstancia que dificultan la correcta labor asistencial y no permiten que se pueda preservar el debido grado de intimidad a los pacientes.

Como norma general, los pacientes que permanecen en esta área asistencial pueden ser acompañados por un familiar, extremo que si bien es aconsejable, en casos de picos

asistenciales, y debido a las carencias dotaciones expuestas, puede producir sensación de excesiva saturación.

Cada control está dotado de los medios mínimos precisos para la atención y seguimiento de los pacientes. En cada uno de ellos existe un despacho médico donde se ubican los facultativos del servicio.

De las encuestas realizadas al personal del servicio se desprende que, en general, existen problemas de mantenimiento de equipos e instalaciones y algunas carencias puntuales de algunos medios materiales en número suficiente (termómetros, densímetros, bombas de infusión, etc.) y que sería aconsejable cierta actualización del aparataje, especialmente del de diagnóstico.

C) Área de críticos y monitores

En esta zona del SUH se atienden las emergencias y urgencias de mayor nivel. Existen claramente diferenciadas, una sala con cuatro puestos monitorizados para urgencias vitales (sala de críticos) y otra con seis para urgencias graves o pacientes que precisen observación monitorizada (sala de monitores). El acceso a esta área se realiza directamente desde la puerta principal de urgencias. Constituyen áreas cerradas dentro de la propia unidad, y se encuentran comunicadas con el área de radiología y scanner.

Las salas mencionadas están en general, dotadas para realizar las técnicas de soporte vital avanzado y disponen, por tanto, de monitores de ritmo cardíaco, tensión arterial, pulso, electrocardiograma y capnógrafo, carros de parada, respiradores de transporte, desfibriladores, marcapasos externos, ecógrafo portátil, etc. Existen protocolos respecto al equipamiento referido así como respecto de su revisión y puesta a punto. Se aprecia que la ubicación de la telemetría de monitores debería ser corregida a efectos de que no se sitúe, como hasta la fecha, a espaldas del enfermero encargado del control.

Durante las labores de fiscalización y del análisis de la información facilitada, se ha observado que en días de elevada saturación, estas zonas asistenciales han llegado a estar ocupadas por pacientes pendientes de ingreso, lo que origina su falta de operatividad para el fin al que están destinadas.

D) Área de observación

El área se destina a los pacientes que, tras ser atendidos previamente en los controles de enfermería descritos o en la zona de monitorización-críticos, necesitan de un periodo de observación, no superior a las 24 horas, para confirmar su diagnóstico o para un breve de

tratamiento al alta, sin embargo en la práctica viene siendo utilizada, a menudo, como zona de estancia de pacientes que van a ingresar durante el periodo que se prolonga hasta la asignación formal y material de cama.

La capacidad inicial de esta área es de 35 camillas, si bien, al momento de realizarse los trabajos de campo se encontraban operativas 28, al estar inmersa este área en obras de reforma, habiéndose informado que se esperaba pasar a 49 puestos una vez finalizada estas, y que se procedería a una reestructuración funcional de la misma.

Dentro del recinto de observación existen 3 salas de aislamiento y 3 cuartos de baño debidamente dotados.

Esta zona se caracteriza, en momentos de picos asistenciales, por soportar una excesiva concentración de pacientes que supera las condiciones de idoneidad del espacio disponible.

E) Área de apoyo o servicios comunes

Está constituida por las siguientes dependencias: almacenes, secretaría de urgencias, despacho de la coordinadora, despacho de supervisoras de enfermería, sala docente y de utilización para la realización de informes y sala de descanso del personal; merece destacarse lo siguiente:

- Su estructura física actual, pese a las limitaciones y disfuncionalidades puestas de manifiesto, que han dado origen a las reformas que se están acometiendo, facilita el establecimiento de canales diferenciados de circulación.
- Debería habilitarse una segunda sala de curas que cumpla los estándares idóneos para sus fines asistenciales, e introducirse mejoras en lo relativo al mantenimiento de equipamiento con objeto de que deje de ser motivo de quejas.
- Frecuentemente, las áreas de observación no están destinadas a la finalidad prevista al ubicar en las mismas a pacientes en situación de preingreso que no pueden acceder a las unidades de hospitalización por falta de camas.

F) Sala de preingreso

Si bien al momento de realizarse el trabajo de campo esta sala había desaparecido físicamente, se hace mención y descripción de la misma, ya que en el periodo fiscalizado estuvo operativa.

La sala se ubicaba fuera del recinto de urgencias, en la planta inmediatamente superior. Se trataba de una zona de transición, para que los pacientes con orden de ingreso y pendiente de cama, no ocupasen puestos en observación y no interfirieran en sus circuitos asistenciales.

Tenía capacidad para 30 camas, y dependía organizativamente de la Coordinadora y de la Supervisora de Enfermería del SUH, si bien la decisión de abrir la misma (dada que su naturaleza no era permanente) era competencia de la Dirección del Hospital, en función de los indicadores de saturación del SUH.

IV.3. SISTEMAS DE INFORMACIÓN

En la actualidad en el centro hospitalario fiscalizado conviven dos sistemas de gestión de la información claramente diferenciados:

- Un sistema de gestión de la información administrativa que da soporte a todo el proceso administrativo de la actividad asistencial del complejo hospitalario.
- Un sistema de gestión documental relativo a los procesos asistenciales de los pacientes (pruebas diagnósticas, citas de consultas externas, etc.).

En el área de urgencias el proceso administrativo es objeto de soporte informático en tanto que el proceso asistencial propiamente dicho se realiza tan sólo de forma parcial en este soporte complementándose con el formato papel.

Pese a que el Servizo Galego de Saúde ha previsto la extensión a todos los centros de su red de un sistema estructurado de triaje de urgencias con soporte informatizado, al momento de realizar la presente fiscalización no se encontraba aún implantado, lo que ha supuesto una limitación al alcance de los trabajos.

La carencia de un sistema de información integral del área de urgencias no permite realizar la trazabilidad de la información asistencial, así como obtener información relevante para el análisis (tiempos de permanencia en puntos de atención, tiempos de demora en pruebas, tratamientos administrados, etc.). La información existente se encuentra dispersa y la explotación de los datos de fuentes distintas, presenta, en ocasiones, diferencias, aunque no significativas.

V. GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS

V.1. ESTRUCTURA FUNCIONAL

No hay implantado un Plan Funcional del SUH. Por tanto se carece de un antecedente documental aprobado que determine y justifique la adecuación de la estructura de puestos de trabajo de la unidad tanto en número como en su distribución en los distintos turnos. En la

práctica, los puestos de presencia física tomados como referencia, se desglosan, por turnos y categorías, de la siguiente forma:

Cuadro nº 31: Estructura de puestos de trabajo de presencia física 2010

Turno		Estructura de puestos		
		Facultativos	ATS	Auxiliares enfermería
Días laborables	Mañana	12	12	9
	Tarde	12	12	10
	Noche	5	11	7
Domingos y festivos	Mañana	8	12	9
	Tarde	6	12	9
	Noche	5	11	7

Fuente: elaboración propia a partir de la información facilitada por el centro

En relación con la información que antecede, cabe efectuar las siguientes observaciones:

- En las tres categorías, se ha detectado cierta variabilidad en su cobertura, siendo generalmente el promedio real inferior a lo establecido.
- La estructura de presencia física considerada no incluye urgencias pediátricas.

V.2. RECURSOS

Se observa el siguiente desglose de los efectivos reales (Grupo funcional homogéneo) del área de urgencias (excluidas las pediátricas):

Cuadro nº 32: Personal del GFH de Urgencias. Situación a 31.12.10.

Categoría profesional	Efectivos asignados	Efectivos reales		
		P. fijo en prestación de servicio	P. temporal estructural	Total
Facultativos	36	19	16	35
ATS	57	40	22	62
Auxiliares enfermería	42	27	15	42
Total	135	86	53	139

Fuente: elaboración propia a partir de la información facilitada por el centro

Observaciones respecto a los recursos asignados al SUH

- Por el tipo de vinculación el 62% de los efectivos es personal fijo, destaca la categoría de ATS cuyo personal fijo alcanza un 65%.

Dimensionamiento de los recursos asignados

Por lo que respecta a la adecuación de los efectivos asignados al área de urgencias, considerando la estructura fijada y los puestos de presencia física establecidos y habitualmente ocupados, según los cálculos efectuados y el análisis practicado, se desprende lo siguiente:

- En lo que se refiere al personal facultativo, la plantilla necesaria se sitúa, al menos, en torno a los 50 efectivos, un 39% más de los asignados, exigiría trece efectivos más, situación que es paliada con jornada complementaria; así como con la no cobertura prevista en los distintos turnos, siendo el número de horas reales realizadas por este colectivo un 6% inferior al establecido como necesario.
- Por lo que respecta a diplomados de enfermería, el déficit de los destinados al área de urgencias se sitúa en torno a los trece efectivos.
- En la categoría de auxiliares de enfermería la cobertura de los puestos de presencia física previstos requeriría un número adicional en el área de urgencias de nueve efectivos, un 21%, con respecto a los existentes.

En consecuencia resulta procedente una adecuada determinación de las necesidades de tal forma que la dotación y la distribución de los puestos de trabajo se adecue a las variaciones según el histórico de la actividad por turnos y días de la semana.

V.3. JORNADA LABORAL Y TURNOS DE TRABAJO

El régimen de jornada laboral del personal adscrito difiere según se trate de personal facultativo, que se rige por el Acuerdo de 17 de abril de 2007, suscrito entre la Administración Sanitaria y las organizaciones sindicales o de personal sanitario no facultativo y no sanitario que se regula por el Acuerdo formalizado el 22 de febrero de 2001 entre la Administración sanitaria y las centrales sindicales.

En virtud del primero, la jornada en turno rotatorio fijada para el personal facultativo es de 1.430 horas anuales efectivas con independencia del número de noches realizadas, mientras que en el segundo supuesto dicha jornada anual oscila entre el anterior número y las 1.624 horas, en función de la estructura de cada patrón de desarrollo de la jornada establecido.

Además de la jornada ordinaria, la normativa reguladora contempla una jornada complementaria cuando se trate de servicios de atención continuada, siendo la duración máxima de los tiempos de trabajo correspondientes a ambas de 48 horas semanales de trabajo de promedio en cómputo semestral, salvo que mediante acuerdo se establezca otro cómputo; también se contempla un régimen de jornada especial una vez superado el límite de la jornada complementaria cuando las previsiones de esta última fueran insuficientes para garantizar la adecuada atención continuada y permanente y siempre que existan razones organizativas y asistenciales que así lo justifiquen, teniendo este exceso de jornada un límite de 150 horas al año.

Por lo que respecta a la jornada laboral ordinaria, en particular de los facultativos, dado el turno rotatorio en que la práctica totalidad viene prestando servicios, es de 1.430 horas anuales efectivas. Asimismo, reglamentariamente se permite que, cumplida la jornada ordinaria de 130 horas en cómputo mensual, pueda realizarse otra complementaria de 60 horas como máximo al mes estando orientada esta última a la cobertura de incidencias y contingencias estructurales. Sin embargo su realización tiene en general un carácter estructural, distinto del previsto. De esta forma la jornada ordinaria puede llegar a incrementarse entre el 50% y el 57% según el tipo de turno.

Analizado el desarrollo de la jornada realizada por el personal facultativo se observa que, durante el año 2010, considerando el límite mensual de las 130 horas de jornada ordinaria y complementaria, éste se excede en 16 ocasiones; mientras que en cómputo anual tan sólo una persona supera las 2.090 horas. La mayoría de los facultativos realizan jornada complementaria, si bien sólo en contadas ocasiones realizan jornada complementaria especial.

En cuanto a las perspectivas en torno al desarrollo de la jornada se distinguen los siguientes supuestos:

- Jornada teórica, es la correspondiente a la prestación de servicios en cómputo anual, considerando en su cálculo los días de vacaciones y de libre disposición, los domingos y festivos y los de libranza según el régimen de turnos.
- Jornada programada, definida a priori en la cartelera correspondiente para cada trabajador.
- Jornada real, relativa a la prestación de servicios, descontando los periodos de ausencia que impidan la misma.
- Jornada computable, referida al tiempo de ausencia que, aun no siendo de prestación de servicios, se considera como jornada efectivamente trabajada (enfermedad y permisos reglamentarios).
- Y por último, jornada efectiva, que se corresponde con la suma de las dos anteriores (la real y la computable).

La liquidación de la jornada de cada trabajador se calcula como la diferencia entre la jornada teórica y la efectiva, teniendo, en su caso, efectos compensatorios o económicos.

Cuadro n° 33: Causas de ausencia por categorías

Causa	ATS	Auxiliares de enfermería	Facultativos	Total general
Accidente de trabajo	286	122	396	804
Ausencia non justificada	1			1
Enfermedad común	3.823	3.268	1.229	8.320
Enfermedad p-10	79	50	14	143
Total general	4.189	3.440	1.639	9.268

Fuente: elaboración propia a partir de la información facilitada por el centro

- Las jornadas de ausencia ascienden en 2010 a 9.268 correspondiendo a enfermedad común un 90%, de los cuales el 46% corresponden a ATS, seguida del 39% correspondiente a la categoría de Auxiliares de enfermería; destaca asimismo las ausencias por accidente de trabajo que se sitúa en el 9%.

En cuanto al índice de absentismo, se situó en torno al 5,4% en el colectivo de auxiliares de enfermería mientras que en el de facultativos fue del 2,4% y en diplomados de enfermería el 4,5%.

Se constata una heterogeneidad en los turnos de trabajo desarrollados por el personal observándose la siguiente casuística:

- Las categorías de ATS y auxiliar de enfermería realizan, con carácter general, los tradicionales turnos de mañana, tarde y noche.
- Los facultativos fundamentalmente, alternan jornadas en turno de mañana, de tarde y tarde-noche (17H), realizando un facultativo turno de noche de siete horas.

V.4. RETRIBUCIONES

Marco regulador y peculiaridades retributivas

El sistema retributivo del personal adscrito al SUH, en general, es el establecido en la Ley 55/2003, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud; sin embargo a los facultativos de dicho servicio, además de las retribuciones básicas y complementarias, incluida la productividad y el complemento de carrera profesional correspondientes a un facultativo de área previstas en dicho régimen de aplicación, se les viene reconociendo también otras remuneraciones específicas vinculadas a la singularidad de médico de urgencias hospitalarias, estando reguladas éstas en el Acuerdo suscrito en 2 de marzo de 2007 entre la Administración sanitaria y las organizaciones sindicales y cuya publicación se ordenó mediante la Resolución conjunta de 17 de abril de 2007, de la Secretaria General del SERGAS y de las Divisiones de Recursos Humanos y de Asistencia Sanitaria.

El detalle de estas retribuciones adicionales de los médicos de urgencia y su importe con efectos de 2010, considerando la modificación retributiva acordada a partir del mes de julio, son los siguientes:

- Turnicidad, por la prestación de jornada en turno rotatorio, siendo percibido este complemento por la totalidad de la plantilla en una cuantía mensual de 72,27€/mes.
- Nocturnidad, devengándose la percepción de este complemento por la realización de la jornada en horario nocturno a razón de 47,7€/jornada.
- Festividad, cuando la actividad recae en horario de domingo y festivo; la prestación de servicios en estos supuestos no se viene realizando por turnos sino de forma continuada e ininterrumpida durante toda la jornada, generándose una compensación por tal motivo de 11,36€/h por su realización.
- Jornada complementaria, se remunera bajo este concepto la jornada realizada por encima de las 1.430 horas anuales o 130 mensuales, tal como viene siendo el turno efectuado por la generalidad de la plantilla, abonándose el exceso resultante a razón de 26,06€/hora. Este complemento se compatibiliza con los anteriores.
- Los tres últimos conceptos se retribuyen asimismo, durante el periodo de vacaciones, prorrateando el importe devengado en los tres meses anteriores.
- Jornada en régimen especial, se retribuye con esta denominación el exceso de prestación de servicios una vez superadas las jornadas ordinaria y complementaria, abonándose el importe de 45,61€/hora.
- Atención urgente, se retribuye a todo el personal, bajo esta referencia, la especificidad del trabajo en urgencias, mediante un complemento fijo y periódico de 158€ al mes.

Análisis retributivo del personal facultativo

Constituyendo los médicos de urgencia una plantilla específica del SUH (sin tener en cuenta las urgencias pediátricas) y dadas las peculiaridades de su sistema retributivo, del análisis de su aplicación, se desprenden como aspectos más significativos los siguientes:

- Las retribuciones brutas abonadas a este colectivo ascienden a un total de 3.046.670€.
- La retribución media anual por facultativo, viene siendo, con respecto a 2010, de 78.339€, oscilando, en los supuestos de prestación de servicios efectiva anual, entre un máximo de

99.387€ correspondientes a la coordinadora médica y los 61.368€, viniendo determinada, en cierta medida, tal variación por la distribución de la realización de jornada complementaria.

- El importe devengado por el concepto de actividad complementaria asciende a 433.280€, y el derivado del régimen de jornada especial ha supuesto el abono de un importe de 25.236€. Su distribución entre los facultativos es dispar, llegando a alcanzar en un caso entre ambos conceptos 22.282€, existiendo 50 perceptores por este concepto en 22 casos excede el importe recibido de 10.000€. El importe medio por facultativo, teniendo en cuenta la permanencia en el servicio en el periodo analizado es de 10.277€.

V.5. CONTRATACIÓN DE PERSONAL

Respecto al personal de carácter temporal vinculado al SUH, se distinguen los siguientes supuestos:

- Eventual. Este tipo de vinculación laboral, prevista para situaciones de carácter temporal, coyuntural o extraordinario, se viene empleando ocasionalmente, no obstante, para la cobertura de necesidades estructurales, o bien, en mayor medida, para la sustitución del personal que desempeña un puesto de trabajo, no adecuándose a la naturaleza de la prestación de servicios.

En el ámbito del SUH y por lo que se refiere al año 2010, el volumen general de contratación de este personal temporal presenta el siguiente desglose:

Cuadro n° 34: Contratación de personal eventual por categorías

Categoría	N° de contratos	%
Médicos de urgencia hospitalaria	7	33%
Diplomados en enfermería	8	38%
Auxiliares de enfermería	6	29%
Total	21	100%

Fuente: elaboración propia a partir de la información facilitada por el centro

El mayor número de contratos formalizados, 38%, corresponde al colectivo de ATS.

Respecto a su duración el 90% de este tipo de contratos tiene una duración superior al año.

En siete de los contratos la antigüedad de los mismos excede de los 3 años.

- Sustituto. Para atender las funciones del personal fijo o temporal durante los periodos de ausencia de quien desempeña la plaza, durante los periodos de vacaciones, permisos, y similares, se viene formalizando el nombramiento de sustitución de carácter nominativo tipificado al respecto.

El detalle de los contratos de sustitución que tuvieron vigencia en 2010, es el siguiente:

Cuadro nº 35: Duración de la contratación de personal sustituto por categorías

Duración del contrato	ATS/DUE	Auxiliar enfermería	Médicos de urgencia	Total	%sobre total
1 día	31	11	34	76	18%
2 días	20	5	16	41	9%
Entre 3 y 15 días	96	92	8	196	45%
Entre 16 y 90 días	52	47	10	109	25%
Entre 90 y 183 días	-	1	9	10	2%
Total	199	156	77	432	100%

Fuente: elaboración propia a partir de la información facilitada por el centro

De la información que antecede se deducen las siguientes observaciones:

- Resulta significativo el importante volumen de contratación en la categoría de ATS, que suponen el 46% del total de contratos de sustitución en vigor en el periodo fiscalizado.
- Se formalizan un elevado número de contratos, (72%) cuya duración no supera los quince días.

VI. PROCESO ASISTENCIAL

VI.1. ASPECTOS GENERALES

La Unidad de Urgencias fiscalizada se configura en términos organizativos como un servicio diferenciado del hospital, con dependencia funcional de la Dirección Médica. Desarrolla un amplio marco de relación con los distintos servicios hospitalarios, tanto asistenciales como organizativos, requiriendo una mayor protocolización y coordinación para dar una respuesta eficaz y eficiente a la atención de los pacientes.

Las urgencias hospitalarias, en general, se constituyen como un área de atención integral del paciente, abarcando su amplia cartera de servicios desde la atención a la urgencia vital hasta procedimientos de control y observación y diagnóstico-terapéuticos diversos, desarrollados fundamentalmente por los servicios de radiología, hematología, laboratorio y análisis clínicos, microbiología, farmacia, etc.

Se abordan en este apartado los aspectos exclusivamente de organización y funcionamiento del servicio, una vez que el análisis de los recursos físicos ha sido objeto de tratamiento en apartados previos del informe, si bien se incide en ellos en orden a una mejor comprensión en los supuestos de disfuncionalidades que afecten al correcto funcionamiento del área fiscalizada.

No consta un procedimiento que defina y articule unas áreas operativas y circuitos de pacientes, diferenciados según el riesgo, los medios diagnósticos y terapéuticos que requieren y el tiempo previsible de estancia en urgencias.

Para el cumplimiento de su cometido, el SUH dispone de una dotación de personal que trabaja por turnos y que se distribuye diariamente por los diferentes ámbitos asistenciales de acuerdo con las siguientes pautas generales:

- La Unidad de Urgencias está jerárquicamente estructurada y cuenta con un facultativo que ejerce la labor de coordinador, siendo por lo tanto responsable de la eficiencia y calidad de la atención y la coordinación general del área. La coordinadora médica está en presencia física de 8 a 15 horas. En los restantes turnos se designa, de forma rotatoria un responsable de la unidad.
- El personal de enfermería tiene asimismo tres supervisoras con presencia física dos de ellas en turno de mañana y una en turno de tarde, con idénticos cometidos en su área funcional.
- El personal facultativo en urgencias está compuesto por la plantilla de médicos adjuntos de urgencias y por los MIR de guardia. En el servicio de urgencias realizan guardias los MIR de primer año de todas las especialidades y los residentes de Medicina Familiar en todo su proceso formativo. En el turno de mañana la atención recae más en los médicos adjuntos en tanto que en tarde y noche se comparte más entre los adjuntos y los ya referidos residentes.
- Cada estamento (personal facultativo, de enfermería y celadores) organiza sus turnos y su rotación interna por las diferentes áreas asistenciales. Esta circunstancia dificulta el trabajo en equipo y repercute en el desarrollo profesional idóneo de las actuaciones.
- El servicio de urgencias dispone de autonomía de gestión respecto de su funcionamiento interno pero carece de competencias para intervenir en la contención de la demanda o para determinar el traspaso de pacientes a las unidades de hospitalización, dado que la decisión sobre el ingreso corresponde, en la práctica, a los médicos especialistas.

Si bien "a priori" los roles de los facultativos de urgencias y los especialistas están definidos y, en algunos casos, protocolizados, se aprecian deficiencias de coordinación lo que da lugar a distorsiones que inciden en el normal funcionamiento del servicio.

VI.2. RECEPCIÓN Y CLASIFICACIÓN

La recepción de los pacientes en el SUH corre a cargo de los celadores de puerta que, de precisarlos, facilitan al atendido el medio de traslado requerido y administrativamente mediante el

registro informatizado de su entrada, trámite éste que realiza la unidad de Admisión de urgencias relacionada funcionalmente con el propio SUH aunque dependiente orgánicamente del Servicio de Admisión general.

En esta fase del proceso se desarrollan los siguientes trámites: recogida de datos de filiación del paciente; apertura del correspondiente episodio o historia clínica de urgencias; determinación de si la atención corresponde a un supuesto financiable por el servicio de salud o si existe un tercero responsable de la asistencia (accidente de tráfico, de trabajo, escolar, aseguradora privada, etc.) información e iniciación del trámite pertinente; tramitación de la documentación relacionada con situaciones judiciales; generación de etiquetas identificativas del paciente, asumiendo, asimismo las tareas de información a familiares.

En cuanto al final del proceso asistencial, dado que las hojas de alta no reflejan, entre otros aspectos, la hora de alta en urgencias, la información que facilita el aplicativo se encuentra obviamente sesgada, ya que la que se registra corresponde al momento en que se produce su grabación, pudiendo la misma diferir en varias horas de la real.

Por lo que respecta a los pacientes que se ubican en los controles de enfermería, críticos y observación, los informes de alta se confeccionan por algunos facultativos en el aplicativo lanus, pero no se deposita en el buzón la copia, por lo que en ocasiones el registro de pacientes refleja algunos que ya han sido objeto de alta. Como consecuencia de esto se adopta como criterio que los pacientes con más de 48 horas de permanencia en urgencias sean declarados como alta a pesar de que en algunos supuestos efectivamente permanecían en el servicio, ocasionándose las consiguientes anulaciones y rectificaciones.

La dotación de medios humanos, integrada por personal administrativo, se distribuye en dos turnos de 12 horas (de 8 a 20 y de 20 a 8 horas), con dos efectivos por turno de lunes a viernes. Los sábados y domingos se realizan jornadas de 24 horas, contando con 3 efectivos de servicio.

Clasificación del paciente. Triage

El considerable volumen de asistencia urgente y la variabilidad de la demanda, que comprende desde procesos de urgencia vital a patologías banales, requieren un sistema de derivación de pacientes en función de su gravedad con el objeto de una priorización en su atención.

El punto asistencial donde se realiza esta clasificación se denomina triaje, proceso de valoración clínica que ordena los pacientes antes de la valoración diagnóstica y terapéutica de forma que los pacientes más graves son tratados los primeros. Y cuando se lleva a cabo a partir de escalas válidas, útiles, relevantes y reproducibles se denomina triaje estructurado.

Dentro de los sistemas de triaje estructurado, el MTS (Manchester Triaje Scala) es el que ha adoptado el Servicio Galego de Saúde para sus centros.

La clasificación del sistema de triaje referido se basa en cinco niveles de prioridad, identificando cada uno con un color con el siguiente detalle:

Color	Nivel de urgencia	Tiempo de atención
Rojo	Emergencia	Inmediato
Naranja	Atención muy urgente	15 minutos
Amarillo	Atención urgente	30 minutos
Verde	Atención de menor urgencia	60 minutos
Azul	Atención no urgente	120 minutos

Al momento de realizarse la presente fiscalización el servicio de urgencia analizado no contaba, para su funcionamiento, con un sistema de triaje estructurado con el debido soporte informático.

En la práctica la clasificación de los pacientes se efectúa por un facultativo del servicio de urgencias que esta encargado de la valoración de los síntomas y signos que presenta el paciente a su llegada y decide el grado de prioridad, la necesidad de su pase a consultas de filtro o controles de enfermería o al área de monitorización y críticos. La clasificación se realiza con todos los pacientes que acuden a urgencias, a excepción de los comprendidos en edad pediátrica y las embarazadas de más de 20 semanas que se dirigen, directamente, a las áreas asistenciales gestionadas por los respectivos servicios. En los restantes supuestos es el facultativo encargado de la clasificación quien determina el servicio de atención, bien el SUH de adultos, o bien las especialidades que atienden directamente urgencias (oftalmología, ginecología, etc.).

Se ha procedido a la revisión de la actividad de triaje, mediante la monitorización presencial de los procedimientos empleados, entrevistas con los encargados y revisión material de una muestra de las clasificaciones efectuadas en el periodo de una semana. Sobre la base de dichos antecedentes se aprecian los siguientes extremos:

- La zona del triaje dispone de un área reservada al efecto y con un espacio amplio situado a la entrada de urgencias y comunicado con las distintas clínicas. Dispone de puertas a los efectos de garantizar la privacidad, pero, en la práctica, se observa que no siempre permanecen cerradas.
- Si bien en el área de triaje se dispone de un ordenador éste no se utiliza para registrar la actividad inherente a esta función, recogiéndose la información sobre la asignación del enfermo, por escrito en una especie de libro-registro.

- Los pacientes que acceden a urgencias en transporte sanitario tienen prioridad preferente y se valoran de forma inmediata.

Como conclusión, la carencia de un sistema estructurado y del adecuado soporte informático dificulta el seguimiento del grado de efectividad de la actividad de clasificación y el análisis de sus posibles disfuncionalidades. Se dispone de una guía de clasificación en la que básicamente, se contempla la valoración en menos de 10 minutos a los pacientes que llegan a urgencias (por las deficiencias informativas extremo que no puede ser objeto de medición); detectar precozmente a los pacientes que requieran actuaciones inmediatas y evitar acontecimientos adversos y eventos centinela en la sala de espera.

En orden a analizar la actividad de esta área se ha tomado como referencia el periodo de dos semanas del ejercicio 2010 escogidas de forma aleatoria, desprendiéndose los siguientes extremos:

- Se contabilizaron un total de 2.710 pacientes, con una media diaria de 271; el 47% fueron atendidos en el turno de mañana, el 41% en el de tarde y el 12% en el de noche.
- Cerca del 76% del total de pacientes fue finalmente atendido por el SUH, en tanto que los restantes lo fueron por servicios que atienden directamente las urgencias que se les derivan desde el triaje (destacando entre los mismos oftalmología y ginecología que acumulan cerca del 15% del total).
- El 54% del total de pacientes fueron derivados hacia la zona de consultas rápidas, o atención considerada de menor urgencia. La distribución por turnos no presenta diferencias significativas con respecto a la general.
- El 29% de los enfermos fueron remitidos hacia los controles de enfermería B y C. Se observa que cada una asume un número similar de pacientes. La distribución de la atención por turnos no presenta aspectos reseñables en relación al total general.
- El 3% de los pacientes fueron clasificados como críticos o con monitorización necesaria.
- En el 10% de las urgencias atendidas muestreadas no se pudo determinar el lugar a donde fueron derivadas.

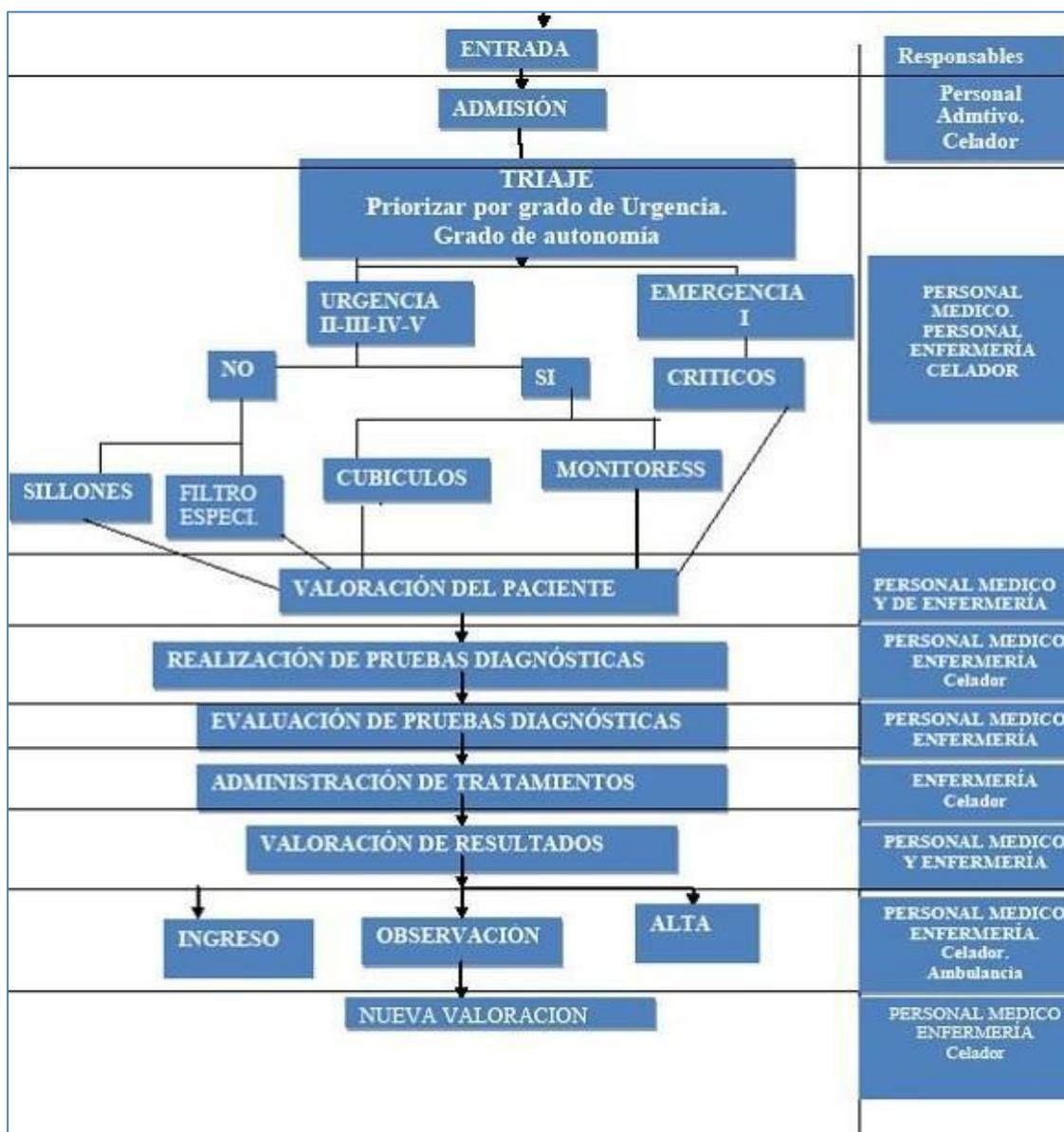
VI.3. ÁREA DE ATENCIÓN URGENTE

Está constituida por los puntos asistenciales a los que acceden los pacientes tras la clasificación previa.

Los circuitos asistenciales existentes en urgencias pueden sintetizarse de la siguiente forma:

- Las emergencias son dirigidas, de forma directa, al área de atención de críticos.
- Las urgencias graves, en las que es previsible la necesidad de monitorización se encauzarán a las salas de monitores.
- Los enfermos restantes serán dirigidos, según su nivel de urgencia o estado físico, a los controles de enfermería, o si la patología es de menor gravedad, a las consultas de filtro.

De forma esquemática el procedimiento general se adapta al siguiente diagrama:



- Los medios humanos con los que cuenta el SUH para el cumplimiento de su labor asistencial se distribuyen, en las distintas áreas operativas. El siguiente cuadro pone de manifiesto la distribución global por estamento y turno del personal:

Cuadro n° 36: Distribución por estamento y turno

Turno		Facultativos	MIR	Diplomados enfermería	TCAEs	Celadores
Días laborables	Mañana	12 -11	3-6	12	9	2+4
	Tarde	12-10	6-8	12	10	2+5
	Noche	5	6-8	11	7	2+4
Sábados, Domingos y festivos	Mañana	8-6	6-8	12	9	2+4
	Tarde	6	6-8	12	9	2+5
	Noche	5	6-8	11	7	2+4

Fuente: elaboración propia a partir de la información facilitada por el centro

En relación al personal subalterno (celadores) debe destacarse que la asignación de dos puestos en la puerta de entrada a urgencias, si bien funcionalmente desenvuelven su tarea en el circuito asistencial urgente, no forman parte de la plantilla estable del SUH siendo asignados por la Jefatura de Personal Subalterno, y rotando en este cometido distinto personal. La distribución de los restantes se realiza con la asignación de 1 celador de interior, 1 en observación, 1 para traslado de pacientes a radiología y 1 o 2 para cometidos varios.

En apartados anteriores fueron objeto de análisis la estructura física y dotación de medios materiales con que cuentan las distintas zonas asistenciales mencionadas

Consultas rápidas o de filtro

Los pacientes que no precisan pasar a un control de enfermería, niveles II, IV y V del triaje Manchester, son atendidos en las consultas de referencia, que constan de tres despachos de atención médica y uno de enfermería. En esta área asistencial presta servicio el siguiente personal:

Cuadro n° 37: Consultas de exploración. Distribución de efectivos

Consultas de filtro. Lunes a Viernes

Estamento	Turno mañana (8 a 15 horas)	Turno de tarde (15 a 22 horas)	Turno de noche (de 22 a 8 horas)	Total diario
Médicos adjuntos	4	4	1	9
Médicos internos residentes	0	3 de guardia tarde-noche		3
Diplomados de enfermería	2	2	1	5
TCAE	1	1	1	3
Total	7	7	2	5

Sábados, Domingos y Festivos

Estamento	Turno mañana (8 a 15 horas)	Turno de tarde (15 a 22 horas)	Turno de noche (de 22 a 8 horas)	Total diario
Médicos adjuntos	2	2	1	5
Médicos internos residentes		3 de guardia		3
Diplomados de enfermería	2	2	1	5
TCAE	1	1	1	3
Total	5	5	3	5

Fuente: elaboración propia a partir de la información facilitada por el centro

La distribución de personal facultativo reseñada es la habitual, si bien en función de la cartelera y disponibilidad de efectivos puede sufrir ajustes.

En el turno de noche el peso asistencial recae sobre MIR, ya que la atención se realiza por dos de primer curso y un R2 o R3 de familia, con la sola supervisión de un adjunto.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) previsto comparte actividad con el control A "curas y sillones" y actuando de apoyo al área de críticos si la necesidad lo requiere.

Todos los pacientes atendidos en estas consultas tienen fácil acceso a las mismas desde la sala de espera y también a las salas de radiodiagnóstico, manteniéndose un circuito aislado del resto de áreas asistenciales, y por tanto, prácticamente sin interferir con la actividad que se realiza en controles de enfermería y zona de monitorización y críticos que atienden urgencias de mayor nivel.

Control de Enfermería A (Ginecología, sillones y curas)

En este espacio funcional los servicios de ginecología son atendidos por la guardia de ginecología durante las 24 horas. Del SUH depende "estrictu sensu" la dotación de personal de enfermería. La atención facultativa de curas se realiza, a demanda por uno de los facultativos adscritos a los controles de enfermería B o C. Esta área asistencial cuenta con una dotación fija de 1 diplomado de enfermería en cada turno, así como con un TCAE que es compartido con triaje y filtro.

Controles de Enfermería B y C (Cubículos)

Tal como se puso de manifiesto acceden a estas áreas asistenciales aquellos pacientes que por el estado clínico que presentan requieren ser atendidos en un breve aunque no inmediato espacio de tiempo, y cuyo estado físico requiere control por parte de enfermería (enfermos que precisen estar acostados o que tienen medicación y controles de enfermería pautados) y no presentan criterios de prioridad para ser atendidos en monitores o críticos.

La distribución de pacientes entre los dos controles y entre los equipos a los que se hacía referencia se efectúa de forma secuencial y proporcional con la finalidad de distribuir de forma equitativa la carga de trabajo.

El detalle por estamentos y turnos del personal que presta servicios en esta área funcional es el siguiente:

Cuadro n° 38: Controles de Enfermería A y B

Turno	Estamento	Controles de Enfermería A y B (Cubículos)
Mañana (de 8 a 15 horas)	Médicos adjuntos	4
	MIR	5-6(R1)
	Diplomados enfermería	2
	TCAE	2
Tarde (de 15 a 22 horas)	Médicos adjuntos	4
	MIR	3
	Diplomados enfermería	2
	Auxiliares enfermería	2
Noche (de 22 a 8 horas)	Médicos adjuntos	3
	MIR	3
	Diplomados enfermería	2
	Auxiliares enfermería	2

Fuente: elaboración propia a partir de la información facilitada por el centro

ÁREA DE MONITORES Y CRÍTICOS

En esta área del SUH se atienden las emergencias y urgencias de mayor nivel. La sala de críticos esta dotada de cuatro puestos monitorizados para urgencias vitales, en tanto que en la de monitores dispone de espacio para 6 pacientes distribuidos en 3 cubículos con 2 monitores cada uno.

Los pacientes acceden, desde la zona de clasificación o triaje, directamente conducidos por personal de las ambulancias medicalizadas, de forma inmediata y rápida a esta área asistencial, siguiendo circuitos cortos y bien comunicados con radiología, quirófanos y UCI.

Los recursos humanos de los que se dispone son los siguientes:

Cuadro n° 39: Sala de monitores y críticos. Distribución de efectivos

Turno	Estamento	Monitores	Críticos
Mañana (de 8 a 15 horas)	Médicos adjuntos	0,5	0,5
	Diplomados enfermería	1	1
	TCAE	1	1
Tarde (de 15 a 22 horas)	Médicos adjuntos	0,5	0,5
	Diplomados enfermería	2	
	TCAE	2	
Noche (de 22 a 8 horas)	Médicos adjuntos	0,5	0,5
	Diplomados enfermería	1	1
	TCAE	0,5	0,5

Fuente: elaboración propia a partir de la información facilitada por el centro

Tal como se aprecia a lo largo de la jornada existe un facultativo compartido para ambas salas que en supuestos de sobrecarga es apoyado por otro adjunto de otra zona asistencial. El

facultativo destinado a este área de críticos y monitores ejerce asimismo la jefatura de guardia de urgencias en las horas en que no este presente la coordinadora del servicio.

La atención de ambas salas cuenta, asimismo, con una dotación de un DUE en cada una de los turnos y salas y de 1 TCAE, asimismo por turno y sala, salvo en horario nocturno donde la dotación de esta última categoría es de un puesto compartido para ambas salas.

Algunos días del mes se asigna un residente de familia de último año para los turnos de tarde y noche, pero sin un patrón totalmente definido.

VI.4. ÁREA DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS

En esta zona asistencial se sitúan, en teoría, los pacientes con diagnóstico no claro o que tras un periodo breve de tratamiento pueden ser dados de alta. El periodo de observación no debería sobrepasar el límite de 24 horas. En la práctica, además de lo descrito anteriormente se aprecia que en este ámbito se sitúan asimismo los pacientes para los cuales se ha decidido el ingreso durante el tiempo que transcurre entre la decisión y su traslado a planta.

El área de observación es la parte de urgencias en la que permanecen pacientes con patologías diversas de todas las especialidades médicas y quirúrgicas y que requieren una atención y cuidados muy individualizados.

La dotación de medios humanos, por turnos y estamentos, se relaciona en el siguiente cuadro:

Cuadro nº 40: Área de observación. Distribución de efectivos

Lunes a Viernes

Estamento	Turno mañana (8 a 15 horas)	Turno de tarde (15 a 22 horas)	Turno de noche (de 22 a 8 horas)
Médicos adjuntos	1-2	0-1	0
Diplomados de enfermería	3	3	3
Auxiliares de enfermería	3	3	2

Sábados, Domingos y Festivos

Estamento	Turno mañana (8 a 15 horas)	Turno de tarde (15 a 22 horas)	Turno de noche (de 22 a 8 horas)
Médicos adjuntos	0	0	0
Diplomados de enfermería	3	3	3
Auxiliares de enfermería	2	2	2

Fuente: elaboración propia a partir de la información facilitada por el centro

Mientras en los turnos de mañana y tarde de lunes a viernes hay personal facultativo asignado directamente, en el turno de noche y en fines de semana y festivos la responsabilidad de la atención es asumida por los médicos del control de procedencia del paciente.

En esta área de observación confluyen no sólo los pacientes que se encuentran en tal situación clínica sino también los que, habiéndose determinado su ingreso en el hospital, permanecen a la espera de que les sea asignada cama, quedando en consecuencia, desvirtuada en parte la finalidad para la que está prevista esta área asistencial. En estos supuestos la atención facultativa recae en el especialista que ha ordenado su ingreso, desvinculándose los médicos de urgencia del seguimiento del paciente, en tanto que el personal de enfermería de urgencias les sigue prestando cuidados.

VI.5. SALA DE PRE-INGRESO

Tal como se manifestó en apartados anteriores, durante el periodo fiscalizado existía en funcionamiento una sala de pre-ingresos, que al momento de realizarse las tareas de fiscalización ya no era operativa.

La sala se abría cuando el número de pacientes pendientes de ingreso en el SUH era elevado. Se trataba de un espacio de transición, para que los pacientes con orden de ingreso y pendiente de cama no colapsaran el área de observación y no interfirieran en los circuitos asistenciales causando saturaciones.

Dependía, organizativamente, de la coordinadora de urgencias y de la supervisión de enfermería del SUH. Cuando se decidía su apertura, se dotaba de personal DUE, TCAE y subalterno propios, no afectando por tanto a la dotación de plantilla del servicio de urgencias.

Los facultativos encargados de atender a los pacientes ubicados en pre-ingresos eran los médicos de guardia de cada especialidad en jornada complementaria y en jornada matinal por los que designase cada servicio. Existían protocolos de localización expuestos para que en los distintos tramos horarios el personal de enfermería pudiese requerir su presencia.

Se han analizado los registros de actividad correspondientes a dos meses del año 2010 (enero y mayo). En enero la sala de pre-ingresos se habilitó prácticamente en la totalidad de días del mes, con una ocupación media de 5 pacientes, en tanto que en el mes de mayo la apertura se realizó tan solo en un tercio de jornadas, siendo la ocupación media de 4 pacientes/día.

VII. TIEMPOS DE ATENCIÓN

Se ha considerado como un objetivo de la fiscalización el análisis de la demora subyacente durante las distintas actuaciones del proceso asistencial. Sin embargo, la ausencia de un sistema de información específico y detallado (triaje, seguimiento del paciente, determinación de los

tiempos empleados en las distintas fases asistenciales) y la existencia de actuaciones en soporte papel han supuesto evidentes limitaciones al alcance de la presente fiscalización.

En consecuencia, para obtener cierta evidencia del objeto del análisis, el trabajo se ha encauzado a través del examen de la documentación soporte (información del triaje, informes de alta, registro administrativo de pacientes, etc.) realizándose el análisis, en los aspectos con los que no se cuenta registro informatizado, a través de una muestra de historias clínicas de urgencias correspondiente a un periodo de 15 días.

Se ha analizado el proceso asistencial atendiendo a los siguientes aspectos: duración de la fase de clasificación del paciente, tiempo de respuesta en la primera atención facultativa, gestión de la interconsulta con especialistas, realización de pruebas diagnósticas y complementarias, tiempo de permanencia del paciente en el área de observación y, finalmente, el tiempo de permanencia de los pacientes en el SUH.

Debe tenerse en cuenta además, el sesgo informativo existente con respecto a la hora de alta de los pacientes en urgencias, cuya extensión y peculiaridades fue objeto de mayor detalle en el funcionamiento del área de admisión de urgencias.

VII.1. CLASIFICACIÓN DEL PACIENTE

Las carencias apuntadas sobre el proceso de clasificación de pacientes y la ausencia de registro de tiempos han impedido establecer la duración media de permanencia del paciente en este punto asistencial. El SUH cuenta con un registro manual de la actividad de triaje, pero no consigna más información que el área de atención a la que se deriva el paciente.

Como se ha mencionado en anteriores apartados, se fija como objetivo que los pacientes sean clasificados en un plazo inferior a 10 minutos, sin que por la falta de registros se haya podido realizar una evaluación respecto de su cumplimiento y desviaciones.

VII.2. PRIMERA ATENCIÓN FACULTATIVA

El periodo de tiempo entre el acceso al SUH y la primera atención facultativa, denominado tiempo de respuesta, constituye un indicador relevante de la calidad de la prestación del servicio, que debería ser ponderado en función de la clasificación efectuada en el triaje.

Se ha intentado, ante la falta de recursos informáticos, determinar dichos tiempos a través de la confección de una muestra que ha comprendido la revisión de 150 informes de alta. No

obstante, dado que este extremo informativo no se recoge en ninguno de los supuestos examinados, no ha sido posible abordar ningún tipo de análisis.

VII.3. INTERCONSULTA CON ESPECIALIDADES

El ámbito de la asistencia que se desarrolla en el área de urgencias, a pesar de la importante capacidad resolutive con sus propios efectivos, requiere en ocasiones de la intervención del especialista del correspondiente servicio médico cuando la patología atendida o el estado clínico del paciente presenta rasgos de especial relevancia o complejidad.

De lo expuesto se deduce la indudable necesidad de contar con los debidos protocolos que definan el requerimiento de la intervención del correspondiente especialista en la atención de las urgencias.

Dado que no se cuenta con información en soporte informático y al objeto de analizar la incidencia de las interconsultas en el desarrollo del proceso asistencial se ha examinado esta contingencia dentro de la muestra de historias de episodios de alta ya aludidas.

De la misma se desprende que en el 14% de los supuestos existe constancia de la intervención de médicos especialistas. Del examen documental no se ha podido establecer, al no ser consignadas ni la hora de solicitud ni, en la inmensa mayoría de los casos, la de emisión del pertinente informe, el tiempo que la atención de la interconsulta representa dentro del proceso asistencial urgente.

Con carácter general, y a través de la observación directa realizada así como de las encuestas al personal que presta servicios en el SUH se desprenden las siguientes incidencias respecto de esta fase del proceso:

- La respuesta al requerimiento de especialistas en turnos tarde y noche no suele representar una dilación excesiva, en tanto que en horario de mañana se presentan problemas con determinados servicios lo cual retrasa la toma de decisiones sobre algunos pacientes y supone un factor de distorsión en los tiempos de permanencia del paciente en urgencias, en particular cuando el mismo finalmente es objeto de ingreso.
- Una vez decidido el ingreso, trámite que compete a los especialistas de cada área, salvo excepciones pactadas, el paciente, en algunas ocasiones, suele permanecer un tiempo bastante prolongado en el servicio de urgencias; durante éste, si bien los cuidados de enfermería son prestados por el personal de urgencias, el seguimiento por los facultativos de la especialidad correspondiente no se produce con la misma efectividad que en planta.

VII.4. REALIZACIÓN DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Dentro del proceso asistencial urgente presenta especial relevancia la realización de determinadas pruebas complementarias que el facultativo responsable estima precisas para el diagnóstico y tratamiento del paciente, fundamentalmente las de laboratorio y las de radiología y diagnóstico por imagen. A continuación se analizan de forma diferenciada, las principales magnitudes e incidencias detectadas en esta etapa del proceso asistencial.

a) Actividad del laboratorio de bioquímica

Según la información facilitada por el centro la actividad del laboratorio de urgencias durante el período 2009-2010, en función de las muestras procesadas, fue el siguiente:

Cuadro nº 41: Actividad del laboratorio de urgencias

Muestras	Número 2009	Número 2010
Sangre	55.827	53.221
Coagulación	53.882	51.111
Orina	18.694	18.850
VSG	2.109	1.914
LCR	353	333
Otros	448	319

Fuente: elaboración propia a partir de la información facilitada por el centro

De la muestra de los 150 informes de alta se deduce que en el 52% de los episodios existen indicios de haberse realizado alguna solicitud de análisis al laboratorio, si bien no se ha obtenido evidencia respecto de los tiempos consumidos en este momento del proceso asistencial.

De las entrevistas mantenidas en el área fiscalizada, así como de las comprobaciones y observaciones en el desarrollo del trabajo de campo se deducen las siguientes consideraciones:

- El sistema de solicitud de pruebas a laboratorio debería mejorarse sustancialmente así como los tiempos de respuesta del mismo, que sin ser deficientes podrían ser objeto de mejora, lo que repercutiría en mayor fluidez en la atención de la demanda.
- La solicitud de pruebas al laboratorio a demanda del servicio de urgencias es bastante elevada. Si bien no existen estudios cuantitativamente concluyentes, sí hay conocimiento de que en un número no despreciable de supuestos podría no haber estado justificada su necesidad.

b) Actividad del Servicio de Radiología

Según la información facilitada, la actividad en este servicio, generada por urgencias, es en el periodo 2009-2010 la siguiente:

Cuadro n° 42: Solicitudes de pruebas al Servicio de Radiología

Tipo	2009	2010	% variación
Tórax Pa. y lateral	23.380	20.044	-14,27
Tórax, Pa,	20.473	19.536	-4,58
Abdomen simple	10.349	8.367	-19,15
TC cerebro sin contraste	9.282	8.739	-5,85
Tobillo, Ap, y lateral	4.215	3.892	-7,66
Columna cervical	3.702	3.550	-4,11
Pie Ap. y oblicua	3.507	3.313	-5,53
Rodilla Ap. y lateral	3.255	3.274	0,58
P. costal	3.207	3.154	-1,65
Hombro Ap y axial o rotaciones	3.039	3.137	3,22
Otros	35.665	35.269	-1,11
Total	120.074	112.275	-6,50

Fuente: elaboración propia a partir de la información facilitada por el centro

Los 10 principales tipos de pruebas radiológicas concentran en torno al 70% del total. Se observa una disminución de actividad en 2010, al descender el volumen total un 6,5% respecto del ejercicio anterior.

De la muestra de los informes de alta analizados se desprende que en el 49% de las atenciones se realizó alguna demanda al servicio de radiología, en el 40% no fue preciso y en el 11% restante no se pudo obtener evidencia por la insuficiente cumplimentación de la documentación.

De las actuaciones practicadas de desprenden los siguientes extremos:

- El volumen de pruebas de radiología, en especial de la convencional, es elevado, en particular si se toma como referencia la media de la publicada por hospitales de su mismo nivel en el ámbito estatal. Sería aconsejable el desarrollo de protocolos asistenciales más amplios que los actualmente existentes, así como realizar un seguimiento constante de los mismos con objeto de racionalizar la demanda de pruebas diagnósticas, lo que redundaría en una mejora de costes y de la gestión.
- El proceso de solicitud de la realización de pruebas esta sustentando en formato papel.
- La imagen radiológica la recibe el facultativo solicitante en el programa de gestión documental si bien el informe del radiólogo, cuando se emite, se realiza en formato papel, demorándose por lo general de forma apreciable su recepción, circunstancia que en algunos supuestos puede dilatar la adopción de decisiones médicas o el alta en urgencias.
- No ha sido posible cuantificar de forma aproximada la demora media de esta fase dado que en la documentación que se genera no constan los ítems informativos necesarios.

- Según la opinión generalizada del personal de urgencias se considera que el funcionamiento actual de radiología provoca un prolongamiento excesivo de la estancia en urgencias y una demora en la correcta fluidez del proceso asistencial.

VII.5. TIEMPO DE PERMANENCIA DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Se analiza a continuación el tiempo que permanecen los pacientes desde el registro de su solicitud de asistencia hasta su alta en el servicio fiscalizado, diferenciando los que tras el proceso asistencial no requieren de ingreso y los que pasan a planta de hospitalización. Dentro de los mismos debe tenerse en cuenta las disfuncionalidades existentes respecto del registro de la hora de alta en el aplicativo informático existente, que trae consigo que la misma no se ajuste con exactitud a la realidad, introduciendo cierto sesgo informativo que debería ser objeto de subsanación, por lo que, los tiempos que a continuación se analizaran deben considerarse como meramente orientativos.

A) Pacientes no ingresados

El tiempo de permanencia medio de pacientes no ingresados en urgencias es variable y está condicionado por una serie de factores (grado de saturación del servicio, realización de pruebas diagnósticas, y la necesidad de guardar un periodo de observación). De una muestra de 150 historias clínicas del episodio analizadas, así como de la evaluación funcional de las distintas áreas implicadas en el proceso asistencial se desprenden los siguientes extremos:

- La hora de alta no se consigna en las historias de alta. Operativamente el Servicio de Admisión recoge durante la jornada de forma periódica los informes de alta y los procesa en el aplicativo informático, recogiendo la fecha y, de forma estimativa, la hora, que será más o menos aproximada a la real en función del momento de recogida de las mismas. No se han podido establecer tiempos intermedios (tiempo de estancia en clínicas, espera para reevaluaciones, realización de pruebas complementarias, estancia en observación) dado que, tal como ha quedado puesto de manifiesto a lo largo del presente informe, se carece de soporte informático y la documentación en soporte papel no refleja, en la práctica totalidad, dichos ítems.
- El siguiente cuadro refleja la permanencia en urgencias de los pacientes que finalmente no causan ingreso:

Cuadro n° 43: Tiempo de permanencia de los pacientes que no ingresan

Tiempo total en urgencia	N° de episodios 2009	% s/total	N° de episodios 2010	% s/total
de 0 a 1 horas	1.617	1,96	1.582	1,95
de 1 a 2 horas	4.010	4,87	4.828	5,97
de 2 a 3 horas	7.204	8,75	8.268	10,22
de 3 a 4 horas	9.319	11,32	9.916	12,25
de 4 a 5 horas	10.179	12,36	9.958	12,30
de 5 a 6 horas	9.182	11,15	8.517	10,52
de 6 a 7 horas	7.323	8,89	6.776	8,37
de 7 a 8 horas	5.622	6,83	4.932	6,09
de 8 a 9 horas	4.235	5,14	3.810	4,71
de 9 a 10 horas	3.217	3,91	2.904	3,59
de 10 a 11 horas	2.647	3,21	2.220	2,74
de 11 a 12 horas	2.071	2,51	1.842	2,28
de 12 a 13 horas	1.621	1,97	1.471	1,82
de 13 a 14 horas	1.324	1,61	1.108	1,37
de 14 a 15 horas	984	1,19	941	1,16
de 15 a 16 horas	889	1,08	774	0,96
de 16 a 17 horas	756	0,92	678	0,84
de 17 a 18 horas	649	0,79	601	0,74
de 18 a 19 horas	585	0,71	531	0,66
de 19 a 20 horas	507	0,62	473	0,58
de 20 a 21 horas	450	0,55	455	0,56
de 21 a 22 horas	388	0,47	374	0,46
de 22 a 23 horas	344	0,42	359	0,44
de 23 a 24 horas	316	0,38	297	0,37
Más de 24 horas	6.913	8,39	7.322	9,05
Total	82.352	100,00	80.937	100,00

Fuente: elaboración propia a partir de la información facilitada por el centro

La duración más frecuente del proceso es la que se sitúa entre 4 y 5 horas de duración (representando en torno al 12% del volumen total de episodios). Aproximadamente el 53% de las asistencias en urgencias se solventan en un plazo inferior a las 6 horas. En sentido contrario, en torno al 9% de los episodios tiene una duración superior a las 24 horas.

B) Pacientes que causan ingreso

Consideraciones previas

Previo al análisis de la duración del proceso asistencial urgente para los pacientes que causan ingreso en planta, es preciso realizar las siguientes consideraciones:

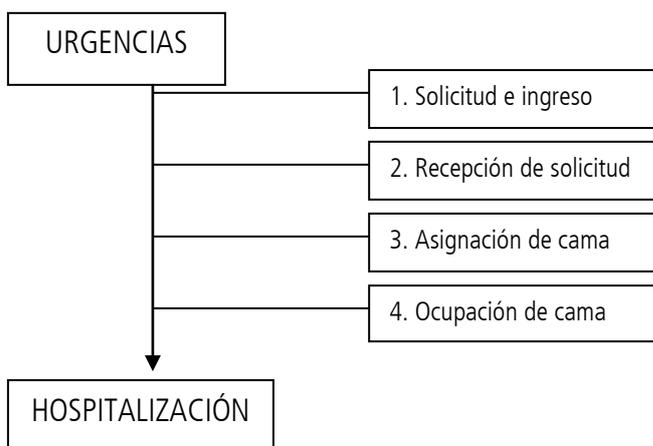
- No existen protocolos que regulen y encaucen las actuaciones precisas para la adecuada resolución de este proceso. Si bien el Servicio de Admisión dispone de normativa interna respecto a la asignación de camas se observa que no se dispone de una programación a medio y largo plazo que dé cobertura a las necesidades que se derivan del servicio de urgencias. En los criterios

fijados para la gestión de camas las solicitudes de ingreso procedentes de urgencias se priorizan en tercer lugar, incluso después de la programación quirúrgica y médica, procurando no tener más de 15 pacientes en el área de urgencias pendiente de ingreso.

- La decisión respecto al ingreso es responsabilidad de un especialista, si bien con algunos servicios se ha logrado protocolizar este extremo para que el facultativo de urgencias pueda adoptar tal decisión.
- La orden de ingreso se realiza en la actualidad a través de medios electrónicos, con el soporte de un aplicativo "ad hoc" diseñado a tal efecto, si bien al momento de realizar la presente fiscalización se encontraba en fase de implantación, no habiéndose podido obtener información totalmente fiable del mismo.
- Una vez recepcionada por el Servicio de Admisión la solicitud de ingreso, su materialización depende de la disponibilidad de camas existente. En la práctica, la programación se realiza a uno o dos días vista, previo consenso entre las distintas unidades de Hospitalización y Admisión.
- Se produce una asincronía entre el proceso de altas hospitalarias y el flujo de pacientes que requieren ingreso procedentes de urgencias. Tal como ha quedado reflejado en análisis efectuado existe una franja horaria, correspondiente al turno de mañana, donde el número de altas que se es sensiblemente menor, concentrándose éstas en el turno de tarde y observándose que durante el fin de semana su número desciende asimismo acusadamente.
- La estancia media en los servicios de hospitalización constituye un factor determinante en orden a la gestión eficiente de camas y, en consecuencia, en lo que se refiere al flujo de enfermos desde urgencias hacia el área de hospitalización. Sobre este particular la estancia media en el CHUS para el periodo fiscalizado se sitúa en torno a los 9,5 días, situándose por encima de la media de hospitales de la comunidad autónoma y de la ratio alcanzada por los grandes hospitales de referencia regional y nacional, que se sitúan en torno a los 8,4 días.
- La reducción de la estancia media de hospitalización en 0,5 puntos, a través de una correcta asignación de colas de espera, priorización, atención de las tendencias estacionales, protocolización racional de la gestión de altas y medidas similares representaría, por sí sola, la liberación de un número significativo de camas con lo que se produciría un alivio significativo en la gestión ordinaria del servicio de urgencias.

Ítems procedimentales intermedios

Para el análisis del trabajo de fiscalización se ha desagregado el proceso de ingreso en diferentes ítems procedimentales que responden al siguiente esquema:



La no implantación de un sistema de información que permita realizar un seguimiento del proceso asistencial del paciente en sus distintas etapas asistenciales supone una limitación al análisis de la duración del mismo, tanto de forma global como en sus distintos momentos. No existen registros (ni documentales ni informáticos) fiables para poder determinar la duración media de las distintas fases de este procedimiento. Por parte del servicio de admisión se registra el alta en urgencias de forma automática al momento de solicitarse la asignación de cama, desvirtuándose por lo tanto la duración total de la permanencia del paciente en el SUH. Si bien se consigna la hora de asignación de cama, no existe constancia del momento en que el paciente se ubica en la cama de hospitalización, habiéndose constatado, como se verá en los siguientes apartados, que entre la asignación de cama y la subida a planta del paciente transcurre un lapso de tiempo que en ocasiones es bastante significativo.

Tiempo total de permanencia de los pacientes que ingresan

Como un aspecto relevante del funcionamiento del SUH, se pone de relieve el tiempo global de permanencia de los pacientes procedentes de urgencias hasta que ingresan en planta.

El resultado de la información facilitada por el centro, estratificado por intervalos de tiempo, y con las limitaciones respecto a la total exactitud de la hora de alta registrada, es el siguiente:

Cuadro nº 44: Tiempo de permanencia de los pacientes que ingresan

Intervalos	Nº de episodios 2009	% s/total	Nº de episodios 2010	% s/total
de 0 a 1 horas	369	2,27	400	2,34
de 1 a 2 horas	543	3,33	615	3,60
de 2 a 3 horas	523	3,21	654	3,83
de 3 a 4 horas	597	3,67	705	4,13
de 4 a 5 horas	670	4,11	795	4,65
de 5 a 6 horas	740	4,54	868	5,08
de 6 a 7 horas	750	4,60	868	5,08
de 7 a 8 horas	770	4,73	858	5,02
de 8 a 9 horas	705	4,33	708	4,14
de 9 a 10 horas	608	3,73	591	3,46
de 10 a 11 horas	551	3,38	509	2,98
de 11 a 12 horas	439	2,70	481	2,82
de 12 a 13 horas	387	2,38	416	2,43
de 13 a 14 horas	355	2,18	351	2,05
de 14 a 15 horas	351	2,16	304	1,78
de 15 a 16 horas	345	2,12	373	2,18
de 16 a 17 horas	322	1,98	352	2,06
de 17 a 18 horas	316	1,94	363	2,12
de 18 a 19 horas	349	2,14	354	2,07
de 19 a 20 horas	369	2,27	401	2,35
de 20 a 21 horas	398	2,44	351	2,05
de 21 a 22 horas	375	2,30	387	2,27
de 22 a 23 horas	413	2,54	418	2,45
de 23 a 24 horas	401	2,46	412	2,41
Más de 24 horas	4.641	28,50	4.551	26,64
Total	16.287	100,00	17.085	100,00

Fuente: elaboración propia a partir de la información facilitada por el centro

Se observa que, a tenor de la información registrada, más de una cuarta parte de los pacientes que acuden a urgencias y que son hospitalizados permanecen en el servicio más de un día. Al margen de éstos, los periodos más frecuentes de duración de la asistencia se corresponden con las franjas horarias comprendidas entre las 6 y 8 horas.

A efectos de ilustrar de forma más consistente las incidencias descritas se ha complementado el trabajo de análisis de tiempos de permanencia con el examen de "reporting" diarios del servicio. Se trata de informes que se emiten diariamente, de lunes a viernes, y que reflejan con referencia a las 8:00 horas, los pacientes que se encuentran en urgencias a la espera su ingreso en planta de hospitalización. El estudio se corresponde con 20 días de actividad (meses de octubre y noviembre de 2010), con el resultado que se refleja en el siguiente cuadro:

Cuadro n° 45: Indicadores relativos al proceso de ingreso. 2010

Concepto (situación a las 8 hs)	Octubre-Noviembre (20 días de cómputo)
Número total de pacientes pendientes de ingreso a las 8 horas	307
Media diaria	15,3
% pacientes que figuran en censo de 8 hs que permanecieron físicamente en el SUH más de 24 horas desde la asignación formal de cama	47,5%
% pacientes que figuran en censo de 8 hs que permanecieron físicamente en el SUH más de 12 horas desde la asignación formal de cama	7,8%
Situación de los pacientes.- Observación	84,7%
Situación de los pacientes: Monitores y críticos	12,4%
Situación de los pacientes: Controles de enfermería	2,9%

Fuente: elaboración propia a partir de la información facilitada por el centro

De la información reseñada cabe realizar las siguientes consideraciones:

- La media diaria de pacientes que permanecían en la UUH a las 8 horas pendientes de ingreso en planta se eleva a 15,3. Del total, el 47,5% estaba pendiente de su salida de la unidad más de 1 día, en tanto que el 7,8% permanecía en esta situación más de 12 horas, lo que pone de manifiesto disfuncionalidades en el correcto drenaje de pacientes y sobrecarga de trabajo en la unidad, en particular en el área de enfermería, ya que en tanto aquellos permanezcan en la unidad les siguen prestando cuidados.
- En el registro administrativo de pacientes la hora de alta en urgencias se corresponde con la de solicitud de ingreso y asignación de cama. No obstante, en la inmensa mayoría de los casos el paciente permanece un lapso de tiempo considerable en la unidad. Tomando en cuenta la hora registrada de asignación de cama y las horas censales de referencia, dicha media estaría en torno a las 14 horas.
- Observación es el principal origen de los pacientes que causan ingreso, el 84,7%. Dicha unidad, cuyas carencias infraestructurales ya han sido puestas de manifiesto, se encuentra en momentos de saturación del servicio al límite de su capacidad. El 9,8% de los enfermos pendientes de traslado a planta se ubicaba en la zona de monitores y críticos, en tanto que el 2,9% restante se encontraba situado en alguno de los controles de enfermería.

La elevada concentración de pacientes en diferentes áreas del servicio dilata los tiempos de respuesta en la atención, con el consiguiente deterioro asistencial.

- El tiempo de permanencia en urgencias de estos pacientes no se computa como estancia hospitalaria en el respectivo servicio donde causa ingreso, mientras que, como el alta en

urgencias se registra cuando se tramita la solicitud de ingreso, tampoco se registra dicha permanencia como tiempo real en urgencias.

VIII. INDICADORES DE CALIDAD

Existen en la actualidad numerosos indicadores que se utilizan como referencia de calidad del funcionamiento del servicio de urgencias. Buena parte de ellos se refieren a los tiempos de atención, tanto globales como de las distintas fases intermedias del proceso asistencial (tiempo de espera para triaje, de respuesta en primera atención, de interconsulta, volumen y demoras de realización de pruebas diagnósticas, etc.) y otros a procedimientos de gestión interna del área (existencia de sistemas de clasificación o selección de pacientes, protocolización de derivaciones de atención primaria, protocolos clínicos y de relación con otros servicios del hospital, de detección de situaciones de riesgo social, etc.).

A lo largo del presente informe han sido abordados buena parte de los mismos, poniéndose de manifiesto las carencias detectadas y las magnitudes más significativas, con las limitaciones informativas de algunos aspectos, al estar soportada una parte relativamente importante de la gestión del servicio en soporte papel y presentar dicha documentación algunas deficiencias informativas.

Se abordan a continuación tres aspectos de la prestación del servicio que inciden sobre la calidad general del mismo, la cumplimentación de la historia clínica del episodio, el sistema de información al paciente y sus familiares y las quejas y reclamaciones presentadas.

VIII.1. CUMPLIMENTACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA DEL EPISODIO

Tal como se ha indicado, se carece en la actualidad de un aplicativo de gestión integral de urgencias, conviviendo distintas aplicaciones, en algunos casos inconexas, con registros en soporte papel. En particular en lo relativo a la historia clínica del episodio de urgencias se aprecia que en las consultas de filtro los informes de alta se confeccionan manualmente, en tanto que en las áreas de controles de enfermería y observación se utiliza de forma más frecuente la aplicación IANUS.

De la revisión efectuada sobre una muestra de 150 episodios de urgencias se ha constado la existencia de las siguientes incidencias:

- En la práctica totalidad de los informes de alta no se consignan ni la fecha y hora de primera atención ni la de alta.

- En los informes de alta en soporte papel existen carencias formales respecto a la especificación clínica de las pautas de tratamiento, debido a la difícil legibilidad de lo manuscrito.
- Pese a que en ocasiones se deduce la realización de pruebas adicionales o interconsultas con especialistas, en varios supuestos no se tuvo acceso a la documentación soporte.
- El 4% de los informes de alta carecían de los datos identificativos del responsable de la emisión. Además, en el 39% contienen una rúbrica sin sello ni número de colegiación.
- La implantación del IANUS para procesar los informes médicos en urgencias ha experimentado un notable crecimiento. Según la información facilitada ha pasado de representar el 3,9% en mayo del 2010, al 16,8% en diciembre del mismo ejercicio.

VIII.2. INFORMACIÓN AL PACIENTE Y FAMILIARES

Como ya se ha puesto de manifiesto, el servicio no dispone de una unidad específica a tales efectos, supliéndose por el personal adscrito a Admisión de Urgencias que se encarga de informar, de modo presencial o telefónico, respecto de la ubicación y situación de espera en la que se encuentran los pacientes (pendientes de consulta, de visita de especialista, de observación, etc.), no facilitando información de tipo clínico.

Respecto de esta última, es facilitada por el personal facultativo al acompañante del paciente, siguiéndose la política de que los enfermos puedan estar acompañados en todo momento por un familiar (salvo en el área de críticos). No obstante, las deficiencias estructurales reseñadas en los apartados correspondientes provoca situaciones de falta de privacidad, en particular en los supuestos de gran afluencia de pacientes al SUH.

VIII.3. QUEJAS Y RECLAMACIONES

De la información facilitada por el aplicativo de gestión las reclamaciones formuladas por escrito relativas a aspectos de funcionamiento del SUH fiscalizado ascendieron en 2009 a 215, descendiendo un 26% en el siguiente ejercicio hasta alcanzar un total de 159.

El soporte informático de gestión en la materia es el generalmente implantado por el Servizo Galego de Saúde.

La gestión informatizada carece de la debida efectividad al no utilizarse un sistema de alertas o una explotación del sistema que permita un eficaz seguimiento de los trámites intermedios (petición de informes, etc.) en orden a su requerimiento y agilización con objeto de evitar paralizaciones innecesarias.

La tipología de las reclamaciones presentadas está referida fundamentalmente a las siguientes causas:

Cuadro nº 46: Motivos de reclamaciones

Tipo reclamación	Número de reclamaciones 2009	% s/total 2009	Número de reclamaciones 2010	% s/total 2010
Al tiempo de espera	110	51,16	66	41,51
Retraso transporte ambulancia	4	1,86	8	5,03
Al estado de las instalaciones	3	1,40	7	4,40
A la información asistencial	6	2,79	2	1,26
A la asistencia sanitaria	57	26,51	44	27,67
Pérdida de objetos personales	2	0,93	3	1,89
Al trato personal	32	14,88	26	16,35
Pérdida de documentación	1	0,47	3	1,89
Total	215	100,00	159	100,00

Fuente: elaboración propia a partir de la información facilitada por el centro

El mayor volumen de reclamaciones está referido al tiempo de espera (51% del total en 2009 y el 41,5% en 2010), seguido de la disconformidad con la asistencia sanitaria prestada (26,5% y 27,7%, respectivamente), situándose en tercer lugar en importancia la disconformidad con el trato personal, que alcanza en 2009 el 14,9% y en 2010 el 16,3%.

Respecto a la duración de la tramitación de los expedientes ya finalizados, considerando el periodo 2009-2010, se ha facilitado la siguiente información:

Cuadro nº 47: Tiempos de tramitación de las reclamaciones

Tramo	Número 2009	% s/Total	Número 2010	% s/Total
<= a 15 días	208	96,74	151	94,97
>15 <=30	1	0,47	1	0,63
>30 <=60	1	0,47	4	2,52
> 2 meses	2	0,93	3	1,89
Sin respuesta	3	1,40	0	0,00
Total	215	100,00	159	100,00

Fuente: elaboración propia a partir de la información facilitada por el centro

El grueso de las resoluciones se emite antes de los 15 días, excediendo del plazo razonable de resolución establecido por el Sergas de un mes cerca del 4% de las mismas, extremo que debería ser objeto de mejora.

IX. CONCLUSIONES

MARCO DE LA ATENCIÓN SANITARIA URGENTE Y LOS SUH

- La atención urgente se articula en la Comunidad Autónoma en los dos niveles asistenciales de atención primaria y especializada. En el ámbito de primaria recae sobre los propios centros de

salud y, fundamentalmente, en la figura de los Puntos de Atención Continuada cuya creación fue prevista en el Plan de urgencias extrahospitalarias de la comunidad; en el ámbito de especializada son las unidades de urgencias hospitalarias las que afrontan la atención de la demanda urgente; como dispositivo independiente, con marco regulador propio y modelo organizativo diferenciado (fundación), se configura la Central de Urgencias Médicas 061, que funcionalmente opera con ambos niveles asistenciales. Sin embargo, el dispositivo asistencial descrito no dispone de un esquema de integración, desembocando gran parte de la demanda asistencial urgente en los SUH.

- La actividad de la atención primaria como filtro del sistema presenta disfuncionalidades, sin que la implantación de los PAC haya supuesto mejoras apreciables de contención de la demanda en atención especializada, estando además dotados de escasos medios diagnósticos que los hace poco resolutivos para problemas de salud de cierta severidad.
- La tasa de frecuentación de las unidades de urgencias hospitalarias no ha disminuido a pesar de haberse puesto en práctica una serie de medidas de refuerzo de la atención continuada y de mejora de medios en el sistema sanitario público.

SERVICIO DE URGENCIAS DEL CHUS

Datos generales

- El servicio de urgencias de adultos del Complejo Hospitalario de Santiago atiende a una población cercana a las cuatrocientas mil personas de las cuales el 21,5% cuenta con más de 64 años.
- El coste directo de funcionamiento del servicio de urgencias (personal, consumibles y productos farmacéuticos) en 2010 ascendió a 12,8 millones de euros, correspondiendo el 89% a costes de personal. El coste medio directo de atención por paciente fue de 131 euros. Durante el ejercicio citado se facturó por servicios a colectivos no sujetos a cobertura sanitaria de la seguridad social 1,04 millones de euros, lo que supone una cobertura del 8,14% de los gastos directamente imputables al mismo.
- El SUH presta atención integral a los pacientes adultos, y se limita meramente al triaje inicial en los supuestos de pacientes que son posteriormente atendidos por el personal de guardia de algunos servicios (obstetricia, ginecología, oftalmología, etc.).
- En 2009 el número de atenciones atendidas íntegramente por el SUH ascendió a 98.642, con una media diaria de 270,3, descendiendo ligeramente hasta los 98.023 en 2010, con una

media diaria de 268,6 enfermos atendidos. Las cantidades expresadas se sitúan en torno al 67% de las atenciones urgentes totales atendidas en el complejo hospitalario.

- Dado que un elevado porcentaje de la demanda que soporta el SHU no reviste el carácter de urgencia hospitalaria, su resolución en el ámbito de la atención primaria hubiera reducido significativamente la presión asistencial de dicho servicio.

Demanda urgente y gestión de la actividad

- Más de la mitad de los pacientes que acuden al SUH en 2010 lo hace a iniciativa propia, apreciándose que en dicho ejercicio se incrementó esta categoría con respecto al ejercicio anterior.

- No hay desarrollados en la actualidad protocolos conjuntos con atención primaria en orden a encauzar debidamente la demanda urgente y facilitar una correcta segmentación de la misma en función de su tipología y gravedad, con objeto de evitar la saturación del servicio.

- Tanto en 2009 como en el siguiente año más del 94% de las entradas en urgencias corresponden a pacientes con derecho a la asistencia gratuita con cargo al SNS, de los cuales algo más del 1% corresponde a la atención de pacientes de otras comunidades autónomas desplazados temporalmente a Galicia. Desde la perspectiva territorial, el 97,4% de las atenciones corresponden a pacientes con residencia en Galicia, el 0,7 a extranjeros no residentes y en torno al 1,9% restante, a enfermos del resto de España.

- En torno al 40% de la demanda atendida es de enfermos de más de 64 años de edad, pese a que dicho grupo poblacional representa tan solo el 21,3% de la población del área de referencia. El tramo de edad con más peso específico es el comprendido entre los 74 y 83 años, que llega a alcanzar en 2010 el 17,6% del total atendido.

- Los 98.642 episodios urgentes de 2009 se corresponden con un número de 68.449 pacientes. En 2010 fueron atendidos 67.935 enfermos que dieron lugar a 98.023 atenciones. La media de utilización anual por pacientes es de 1,4 servicios/año. Existe un pequeño segmento de pacientes, el 1,9% del total que acuden a urgencias más de 5 veces, y que equivalen a cerca del 8% del número total de episodios registrados. De la confrontación de pacientes atendidos en ambos ejercicios se observa que cerca del 40% del total utilizaron el SUH en ambos ejercicios, acumulando cerca del 50% del volumen total de actividad.

- El análisis de la frecuentación mensual y diaria, así como su distribución por franjas horarias permite determinar tendencias previsibles de la demanda para la adecuada gestión de los medios

disponibles. El día más álgido es el lunes, en tanto que el de menor presión asistencial es el domingo. Durante los fines de semana y festivos se produce un decremento medio de la demanda cercano al 22% con respecto a la media de las jornadas laborales. Las entradas por turnos se concentran de forma más significativa en el de mañana (algo más de la mitad), y desciende significativamente en el turno de noche (algo más del 11%).

- Del examen de las altas se desprende su falta de correlación con la distribución de las entradas; en tanto que éstas se originan en su mayor medida en turno de mañana, las altas se concentran entre las 16 y las 22 horas. Dicha circunstancia obedece en parte a la dilación del proceso asistencial, que origina un desplazamiento de la atención; no obstante, debe tomarse en consideración la circunstancia de que durante el período de mañana prácticamente se generan menos ingresos en planta.

- Atendiendo a los motivos del alta, el 82% de los pacientes atendidos tienen como destino el domicilio, en tanto que entre el 16,5 en 2009 y el 17,4% en 2010 fueron finalmente ingresados en el propio hospital. La media diaria de pacientes atendidos en urgencias que precisa de ingreso hospitalario se sitúa en torno a los 50. La presión de urgencias que pone de manifiesto en que medida la atención urgente repercute sobre la actividad de hospitalización, ha oscilado, en el período fiscalizado, entre el 54% y el 72%, ratios que se sitúan por debajo de la media de los centros hospitalarios del SERGAS.

- A pesar de que el volumen total de urgencias atendidas en 2010 desciende ligeramente se observa que los ingresos hospitalarios generados desde el SUH se incrementan en un 4,5%.

- En ambos ejercicios el mayor porcentaje de ingresos respecto de las atenciones practicadas se producen en diciembre y enero y por el contrario desciende en julio y agosto.

- Los pacientes mayores de 64 años concentran el 60% de los ingresos, y dentro de los mismos el tramo comprendido entre los 74 y 83 años significan cerca del 28% del total.

- Se observa una tendencia a la reducción de ingresos los fines de semana, en buena parte debido a que en dicho período las altas de hospitalización, y por consiguiente, la liberación de camas, es escasa.

Estructura física y medios materiales

- La estructura física de la unidad de urgencias resulta poco eficiente y adaptada al proceso asistencial, circunstancia que da origen a disfuncionalidades que repercuten en su correcto funcionamiento.

- Las deficiencias más relevantes se pueden sintetizar en las siguientes: inexistencia de un acceso diferenciado para los pacientes que acuden en situación crítica o para el transporte sanitario especializado; insuficiencia de dimensiones de algunas zonas; precaria situación y dimensionamiento de algunas áreas (en particular la dedicada a curas) y disfuncionalidades operativas en la zona de observación. Estas deficiencias, en situaciones de picos asistenciales acusados pueden conllevar sensación de congestión y hacinamiento y producir situaciones no deseadas en orden a una correcta calidad asistencial, distorsionando el funcionamiento de las diferentes unidades. Durante la labor de fiscalización se estaban acometiendo reformas estructurales que podrían solucionar buena parte de las deficiencias señaladas.
- Convergen en el hospital fiscalizado dos sistemas básicos de gestión informatizados, uno administrativo y otro de gestión documental. En la unidad de urgencias tan sólo parte de la actividad se registra en dichos sistemas, utilizándose el formato papel en algunas de las fases asistenciales, lo que impide disponer de la información necesaria para la gestión. La carencia de un sistema informatizado integrado de gestión para la actividad urgente ocasiona que no se pueda realizar el correcto seguimiento del paciente y obtener información relevante en cuanto a tiempos en las distintas fases del proceso.

Recursos humanos

- El 62% de los medios humanos reales con los que cuenta el servicio es personal fijo.
- En función de la estructura funcional real y de los puestos de presencia física tomados como referencia se observa un significativo déficit de efectivos en orden a su cobertura siendo más acusado en facultativos en que supone un 39%.
- En la categoría de personal facultativo la prestación ordinaria de servicios viene siendo excedida para suplir el déficit de plantilla y cubrir la estructura organizativa adoptada, adquiriendo tal situación un carácter estructural.
- El índice de absentismo en el periodo fiscalizado en el colectivo de auxiliares y celadores situó en torno al 5,4% siendo menor en los estamentos de facultativos y ATS (2,4% y 4,5%, respectivamente).
- La retribución media por facultativo presenta una notable variabilidad, con una media de 78 mil euros anuales, y oscilando entre un máximo de 99 mil y un mínimo de 61 mil, circunstancia que viene en gran medida determinada por la realización de jornadas complementarias de forma dispar.

- El importe devengado en concepto de actividad extraordinaria (complementaria y especial) del estamento facultativo ascendió en 2010 a más de 458 mil euros.
- Durante el año 2010 se celebraron un total de 432 contratos de sustitución en las distintas categorías. El colectivo con mayor actividad contractual es el de diplomados de enfermería 46%.

Aspectos funcionales y operativos

- Aunque el servicio de urgencias dispone de autonomía en su funcionamiento interno su gestión se encuentra condicionada por carecer de capacidad para contener la demanda o para proceder a una ágil derivación a las unidades de hospitalización.
- La inadecuada coordinación así como carencias en la protocolización provocan disfuncionalidades en su funcionamiento ordinario que repercuten sobre los tiempos de atención y la calidad asistencial.
- A pesar de que el Servizo Galego de Saúde ha previsto la instauración de un modelo de triaje estructurado con soporte informático, el servicio fiscalizado carecía del mismo a la hora de confeccionarse el presente informe.
- En la actualidad la clasificación inicial corre a cargo de un facultativo. La actividad se desarrolla sin la existencia de protocolos ni soporte informático alguno.
- El sistema de actividad se realiza por orden de llegada del paciente, de forma correlativa, procurando que en todas las clínicas se reciba un número similar de enfermos; este modelo, orientado a un reparto numérico igualitario de la carga de trabajo del personal facultativo, obvia la complejidad asistencial de cada paciente, lo que puede originar situaciones de colapso en una consulta determinada en tanto que otras realizan una actividad normal o permanecen, incluso, ociosas, no garantizándose un reparto eficiente de los recursos.
- De los registros manuales de triaje se deduce que un tercio de los pacientes es derivado hacia la zona de filtro o patología banal, porcentaje notablemente inferior a centros hospitalarios que cuentan con un sistema de clasificación de pacientes normalizado y estructurado.
- En el área de observación no sólo confluyen los pacientes que "estrictu sensu" se hallan en dicha situación, sino también aquellos que están a la espera de asignación de cama. Su capacidad operativa se encuentra, en particular en determinados días y franjas horarias, totalmente desbordada, lo que menoscaba la calidad asistencial, prolonga los tiempos de espera y supone una sobrecarga de trabajo en función de los recursos asignados.

Duración del proceso asistencial

- El análisis de la duración del proceso asistencial se ha visto limitado por la ausencia de un sistema de información específico y detallado.
- La carencia de un sistema estructurado de triaje no permite una eficaz adecuación del tiempo de respuesta en función de la prioridad clínica. No se registra la información relativa al tiempo de espera de la fase de clasificación y no se plasma documentalmente de forma sistemática.
- Aunque se carece de registros que permitan conocer el tiempo de demora media de respuesta en los supuestos de requerimiento de interconsulta a los especialistas, de la muestra de historias clínicas examinadas se desprende que en turno de mañana es cumplimentado, por el residente y no por el facultativo adjunto, no priorizándose en ocasiones la urgencia, cuya atención es lenta o se dilata hasta que comienza la guardia.
- No ha sido posible, por falta de registros, cuantificar tiempos medios en la actividad de radiología, si bien se desprende, tanto de la observación directa como de las encuestas realizadas con los distintos estamentos implicados que, en general, es un área de actividad que origina una importante dilación en el proceso asistencial urgente, en especial en lo que a la emisión del informe radiológico se refiere.
- Los pacientes atendidos en urgencias y que no son objeto de ingreso permanecen una media de 5,30 horas en el servicio desde su registro en admisión. Por tramos horarios, la permanencia más frecuente se sitúa en el período comprendido entre 4 o 5 horas. Un 9% de pacientes ha llegado a permanecer en el servicio hasta su alta más de 24 horas.
- Más de una cuarta parte de los pacientes que acuden a urgencias y que finalmente son hospitalizados permanecen en dicha unidad más de un día. Al margen de estos el periodo más frecuente de estancia en tal supuesto es de entre 6 y 8 horas.

Aspectos de la gestión de ingresos

- La estancia media en los servicios de hospitalización constituye un factor crítico en la gestión eficiente de camas. Las cifras de estancias medias del hospital fiscalizado se sitúan en torno a los 9,5 días, ratio elevada y por encima de la media de los de la propia comunidad autónoma y de hospitales similares de referencia nacional en donde dicho indicador se sitúa en torno a los 8,4 días. Se ha constado que en la actualidad dicha actividad no esta protocolizada, ni existen normas indicativas sobre la gestión de altas (que se concentran en franjas horarias determinadas, por lo general en el turno de tarde, lo que produce que camas que podrían liberarse permanecen

administrativamente ocupadas por pacientes para los cuales se conoce con antelación que causarán alta en dicha jornada).

- La media diaria de pacientes en urgencias pendientes de ingreso en planta se sitúa en torno a los 15,3. De ellos el 47,5% permanecería más de un día en dicha situación a la espera de la asignación de cama.

Aspectos formales

- De la revisión documental efectuado se desprende que los informes de alta no procesados informáticamente presentan diversas deficiencias formales (no consignación de la referencia al momento de la atención y altas, ilegibilidad de lo manuscrito en lo relativo a los aspectos clínicos y ausencia de datos identificativos del responsable de la emisión del documento).
- En cuanto a las reclamaciones y quejas relativas al área de urgencias, en 2010 se registran 159, habiendo experimentado un descenso en número del 26% respecto del año anterior. Por tipología, el mayor volumen se refiere al tiempo de espera (42%), a la asistencia recibida (27%) y al trato personal (16%).
- En la mayor parte de las mismas (95%) el periodo de tramitación hasta su resolución excede de los 15 días, plazo aconsejable determinado por el SERGAS.

X. RECOMENDACIONES

Modelo organizativo

- Reconociendo la complejidad que presenta la resolución del incremento de las atenciones urgentes, deben abordarse estrategias y actuaciones tendentes a racionalizar su demanda, recomendando, a tal efecto, la elaboración de un plan que normalice y ordene los recursos de la atención urgente jerarquizando su estructura funcional.
- Deberá evaluarse el funcionamiento de la atención primaria y, en particular, de los Puntos de Atención Continuada, introduciendo las medidas necesarias para incrementar su capacidad de resolución, y situándola en disposición de gestionar la demanda de atención urgente que le corresponda y se genere en el usuario la confianza necesaria para evitar que acuda sistemáticamente a la unidad de urgencias hospitalarias.
- Es preciso que el SUH disponga de un Plan Funcional y de una adecuada protocolización de su funcionamiento.

Estructura física

- Ha de desarrollarse un sistema de información que integre la actividad del servicio, desde la entrada hasta el alta en urgencias (admisión, triaje, registro del proceso de atención médica y de enfermería, pruebas diagnósticas, altas, etc.) y que permita la fijación de los oportunos indicadores, así como el seguimiento del paciente y la interrelación de la actividad de todos los profesionales implicados en la prestación de la atención urgente. Sería aconsejable que dicho sistema de información fuese una solución corporativa del Servizo Galego de Saúde para unificar la gestión en su red hospitalaria.

Recursos humanos

- Deberán evaluarse las necesidades de la unidad de urgencias con objeto de dimensionar la dotación de sus efectivos y evitar que la cobertura del déficit que actualmente se constata se realice recurriendo a jornadas complementarias de forma sistemática y desproporcionada, limitando la contratación de carácter estructural a aquellos supuestos en que la prestación de servicios responda a dicha naturaleza.

Actividad asistencial

- Deben definirse objetivos e indicadores para las unidades de urgencias que, integrados en el cuadro de mandos del centro hospitalario, reflejen las características de su dinámica asistencial, contemplando, entre otros, los destinados a reconocer los tiempos de atención y de materialización del ingreso hospitalario desde que es ordenado.

- Ha de desarrollarse una mayor protocolización de los procesos y actuaciones, e incorporar medidas tendentes a la reducción de los tiempos de atención en la unidad de urgencias

- Se debe incidir en la adecuada clasificación de la demanda con objeto de establecer diferentes niveles asistenciales en función de la gravedad. Con esta finalidad deberá establecerse un sistema de triaje estructurado con el debido soporte informático. Su aplicación, además de incidir favorablemente en la seguridad del paciente, ha de proporcionar una referencia de la casuística atendida, permitiendo un control de calidad y constituyendo un instrumento de ayuda para la gestión.

- El área de observación ha de utilizarse para la finalidad prevista y no como receptora de los pacientes pendientes de ingreso.

- Dado el elevado número de pruebas diagnósticas que se realizan en la atención urgente y los efectos que su demora presenta en la capacidad de resolución de las urgencias, se deberían

adoptar las medidas necesarias tendentes a corregir las disfuncionalidades actualmente existentes.

- Se hace preciso una adecuada planificación de los ingresos y una eficiente gestión de camas para evitar el bloqueo de salida que colapsa la unidad de urgencias.

Indicadores de calidad

- Conviene mejorar la cumplimentación de los antecedentes documentales debiendo identificarse en los informes de alta el responsable de la asistencia.

- La tramitación de reclamaciones y quejas debe resolverse en tiempo razonable, adoptando un compromiso de tiempo máximo de respuesta y depurando los supuestos que arrastren una excesiva antigüedad.

Santiago de Compostela, 10 de enero de 2012

TRÁMITE DE ALEGACIONES

TRÁMITE DE ALEGACIONES AL ANTEPROYECTO DE INFORME DE FISCALIZACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO

TRÁMITE DE ALEGACIONES RELATIVO AL ANTEPROYECTO DE INFORME DE FISCALIZACIÓN SELECTIVA DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 58 del Reglamento del Consello de Contas, con fecha 24 de mayo de 2012, se dio traslado al referido centro del resultado provisional de las actuaciones practicadas al objeto de que dentro del plazo de 20 días pudieran ser formuladas las pertinentes alegaciones al anteproyecto de informe, sin que, una vez finalizado ampliamente el mencionado plazo, hayan sido recibidas de la entidad afectada.